# 福祉用具の重大製品事故に係る公表(4)平成27年10月27日

**■製品起因による事故ではないと判断した事故**

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種･型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成20年7月 4日 | A200800047 | 平成20年4月1日 | 平成20年4月10日 | 介護ベッド | | | 重傷1名 | ベッドの下の床で倒れているのを発見され、骨折していることが判った。当該製品から転落と思われる。 | 大阪府 | 当該製品は、自立支援用ベッドで、起き上がりや立ち上がりをしやすいように転落防止用の手すりを取り付けられない製品である。この製品を介護施設において、自立歩行等ができない介護を必要とする者に使用させていたことから、介護施設の誤使用による事故であると判断した。 |
| 平成21年7月14日 | A200800386 | 平成20年6月20日 | 平成20年7月14日 | 介護ベッド | | | 重傷1名 | 要介護者を車いすに移乗させるため、ベッドの端に端座位の状態にして車いすを取りに行き戻ったところ、ベッドの高さが一番高い位置付近まで上がっており、要介護者が転落して重傷を負った。 | 奈良県 | 調査の結果、当該製品に異常は認められず、ゆっくり安定的に昇降することが確認された。また、当該製品は操作記録が残される機能が付いているが、操作履歴情報には事故発生当日の操作記録はなかったため、当該製品に起因する事故ではないと判断した。なお、手元スイッチは、意図せずスイッチが入らないようにした構造であった。 |
| 平成21年11月25日 | A200801193 | 平成20年12月3日 | 平成21年1月30日 | 介護ベッド | | | 重傷1名 | 隣人が異変に気付き確認したところ、当該製品の左側中央のサイドパネルとボトムとのすき間に右腕が肘の付近まで入り込んだ状態で床に座っているところを発見した。 | 千葉県 | 調査の結果、当該製品変形や不具合は認められなかった。要介護者が体勢を崩した際にサイドパネルとボトムとのすき間に手を入れ、抜くことが出来なかったものと判断した。 |
| 平成21年7月14日 | A200800988 | 平成20年12月8日 | 平成20年12月22日 | 電動ベッド | | | 重傷1名 | 当該製品を使用していたところ、就寝中にベッドから転落し、手首を骨折した。 | 神奈川県 | 調査の結果、当該製品は、フラットな状態で使用されており、電動機能、ベッド本体の異常は認められなかったことから、当該製品に起因するものではないと判断した。 |
| 平成21年7月14日 | A200800811 | 平成20年10月20日 | 平成20年11月13日 | 電動ベッド | | | 死亡1名 | 当該製品と壁の隙間に頭が挟まり死亡しているところを発見された。 | 東京都 | 調査の結果、死因は病死であり、当該製品に起因するものではないと判断した。 |
| 平成23年7月29日 | A200900494 | 平成21年9月8日 | 平成21年9月17日 | 介護ベッド | | | 死亡1名 | 当該製品と横に設置していた家具との間に顔が入り込んだ状態で発見され、死亡が確認された。 | 大阪府 | ○当該製品はタンスの横に設置され、当該製品とタンスの間にはやく10cmのすき間があった。<br>○当該製品には破損や変形等の以上は見られなかった。○使用者は、当該製品で使用されていたエアマットレスとタンスの間に顔が入り込んだ |
| 平成24年6月18日 | A200900456 | 平成21年8月28日 | 平成21年9月4日 | 介護ベッド | | | 死亡1名 | 当該製品下の可動部の隙間に頭部が挟まれた状態で発見され、死亡が確認された。 | 東京都 | ○発見時は、使用者が、当該製品の土台部を仰向けで枕にするような状態で、可動部との間に頭が挟まって鼻が骨折しており、左手で当該製品の手元イッチのボタン面を手の平側にして握っていた。○当該製品に目立った傷はなく、手元スイッチによるベッドの昇降動作に異状は認められなかった。なお、手元スイッチは、操作ボタンを押している時のみ動く機構。<br>○事故時、使用者は一人であったため、使用者が実際にどのような状況でどのようなボタン操作を行ったか不明である。<br>●当該製品に異常が認められないことから、何らかの要因で当該製品の土台部に頭部が入り、その状態で手元スイッチを用いてベッドを下げてしまったため、頭部が挟まれて事故に至った可能性が考えられるが、事故時の詳細な状況が不明のため、事故原因の特定には至らないものの、製品に起因しない事故と推定される。なお、当該製品にて、JISの電磁気耐性試験(ノイズの一 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成24年6月18日 | A201000085 | 平成22年4月18日 | 平成22年4月26日 | 介護ベッド | | | 重傷1名 | 当該製品のフットボード（足側のついたて）とベッド板部分の間に足を挟んだ状態で負傷した利用者が発見された。 | 大阪府 | ○事故当時、使用者の左足はフットボードとボトム間の隙間に入り込み、右足はフットボードを跨いだ状態で発見された。<br>○当該製品の各部に破損や変形、機能の異常等は認められなかった。<br>●使用者の足が何らかの理由で当該製品のフットボードとボトム間の隙間に入り込んでバランスを崩したため、足に無理な力や衝撃が加わり骨折し事故に至ったものと推定される。なお、取扱説明書には「フッドボードと脚ボトムの間に空間があります。介護する場合に足が入ることがあり |
| 平成24年6月18日 | A201001090 | 平成23年2月14日 | 平成23年3月15日 | 介護ベッド | | | 死亡1名 | 家人が当該製品の脚部の下に酸素吸入チューブが挟まっているのを発見し、使用者が病院に搬送されたが、3日後に死亡した。 | 愛知県 | ○当該製品は、毛足の短いカーペットの上に設置されており、脚部にキャスターは付いていなかった。<br>○当該製品は、使用時に脚部が浮き上がらない製品であった。<br>○酸素吸入器が置かれていた位置、チューブの長さなど、事故時の状況は不明であった。<br>●当該製品は、使用時に脚部の浮き上りが生じないことから、製品に起因しない事故と推定されるが、詳細な使用状況が不明であるため、事故原因の特定には至らなかった。 |
| 平成24年9月6日 | A201100555 | 平成23年10月25日 | 平成23年11月7日 | 介護ベッド | | | 火災 | 当該製品の電源プラグを延長コードに接続していたところ、当該製品及び周辺を焼損する火災が発生した。 | 千葉県 | ○当該製品の電源コードは、ベースフレームの下側を通さずに、床板昇降用機構部と<br>接触するように引き回されており、床板下降により床板昇降用機構部に挟まって押し<br>潰れていた。<br>○当該製品の電源コードは複数箇所で被覆が溶けて焼損しているが、短絡はなく、素<br>線断線のみで溶着はしていなかった。<br>○電源コード以外の電気部品に異常は認められず、正常に作動した。<br>●当該製品の床板を下降した際に、電源コードを床板昇降用機構部に挟み込んでしまったため、電源コードが半断線となり、異常発熱して火災に至ったものと推定される。なお、取扱説明書には、電源コードは、ベースフレームの下側を通さないと断線のおそれがある旨、記載されている。 |
| 平成24年12月13日 | A201100651 | 平成23年11月20日 | 平成23年12月1日 | 介護ベッド | | | 死亡1名 | 使用者（80歳代）が、当該製品下部のモーター部と床の間に体が挟まった状態で発見され、死亡が確認された。 | 東京都 | ○当該製品の動作に異常は認められなかった。<br>○当該製品の床板上下機構用手元スイッチは、操作ボタンがリモコンの縁より低くなっており、誤操作を防止する形状になっていた。○当該製品は、壁から20cm程離して設置しており、当該製品と壁の間にテレビのリモコンが落ちていた。また、うつぶせ状態の使用者のそばには、孫の手と手元スイッチが落ちていた。●事故時の詳細な状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかったが、何らかの理由により使用者が当該製品の下に潜り込んだ際、誤って当該製品の手元スイッチを押してしまい、当該製品の床板が下がって身体が挟まり、事故に至ったものと考えられ、製品 |
| 平成24年12月13日 | A201101038 | 平成24年2月14日 | 平成24年2月24日 | 介護ベッド | | | 死亡1名 | 使用者（70歳代）が、当該製品と床の間に頭部を挟んだ状態で発見され、病院へ搬送された後、死亡した。 | 茨城県 | ○当該製品の床板昇降機構用手元スイッチは、当該製品下のフレームに引っ掛かっていた。なお、普段は、頭上のフレームに掛けていた。○床板を下端まで下げた場合、床板底部と床面との距離は約13cmであった。○手元スイッチは、通常動作が可能であり、複数ボタンの同時押しやボタンから手指を離した場合には、直ぐに床板の上下動が停止した。○手元スイッチの形状は、操作ボタンより縁が高くなっていた。●当該製品に異常は認められないことから、当該製品の下に潜り込んだ状態で手元スイッチを操作したために、床板が下がって頭部が挟まり事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成25年3月12日 | A201100632 | 平成23年11月8日 | 平成23年11月28日 | 介護ベッド | | | 火災、死亡2名 | 建物が全焼し、2名が死亡する火災が発生した。現場に当該製品があった。 | 青森県 | ○当該製品の残存していた電気配線類に溶融痕等の出火の痕跡は認められなかった。○モーター部分には出火の痕跡は認められなかった。○当該製品の頭側の床の焼損が著しいが、その付近に電気配線等は配置されていなかった。●当該製品の使用状況が不明なことから、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に出火の痕跡が認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成25年3月12日 | A201101015 | 平成24年2月12日 | 平成24年2月21日 | 介護ベッド | | | 死亡1名 | 使用者（80歳代）が、当該製品と介護ベッド用手すりの間に首が挟まった状態で発見され、死亡が確認された。 | 和歌山県 | ○使用者は、当該製品のサイドフレームとサイドレールの隙間に首が挟まって窒息死した。○事故時、2本あるサイドレールの片側（下肢側）が外されていた。○当該製品の各部に変形等の異常は認められず、サイドレールやマットも同一事業者のものが使用されており、不具合等は認められなかった。○サイドフレームとサイドレール下端との隙間は95mmであった。○使用されていたマットとエアーマットは事業者が用意したもので、マットとエアーマットを使用することによって隙間を塞いで使用していた。○当該製品にマットとエアーマットが敷かれた状態では、サイドフレームとサイドレールの間に首を挟むことは困難であった。●当該製品の詳細な使用状況が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に構造上の異常は認められないことから、使用者が1人で当該製品から車いすに移乗する際に、何らかの原因でバランスを崩してサイドレールと当該製品のサイドフレームの間に頸部が圧迫されたものと考えられ、製品には起因しない事故と推定される。 |
| 平成20年12月26日 | A200800192 | 平成20年3月30日 | 平成20年5月23日 | 介護ベッド用手すり | KA－095 | パラマウントベッド株式会社 | 重傷1名 | 頭部が挟まれた状態で発見さ | 兵庫県 | 調査の結果、締め過ぎによりボルトが破損したものであった。ネジの十字穴がつぶれており、販売以後に締め過ぎられ破損したもので、製品に起因する事故ではないと判断した。 |
| 平成21年3月27日 | A200800241 | 平成20年3月10日 | 平成20年6月6日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | れ、死亡が確認された。 | 兵庫県 | 調査の結果、使用者がベッドの上に乗ったままシーツを直していた際に、誤って縦桟と縦桟の間に片足が入ってしまい、手すりが装着されていなかった足側から滑り落ちたものと判断した。 |
| 平成21年6月5日 | A200701000 | 平成20年2月9日 | 平成20年2月28日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 寝間着の襟首の部分が当該製品のグリップ部に引っ掛かった状態で発見され、病院に搬送されたが死亡した。 | 島根県 | 調査の結果、自立歩行のできない使用者がベッドから起き上がろうとして、手すり側に倒れこんでしまい、寝間着の襟の部分が手すりに引っかかったものと考えられ、製品に起因する事故出ないと判断した。 |
| 平成21年6月5日 | A200701156 | 平成20年1月8日 | 平成20年3月21日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 施設において、ベッドの頭側のボードと当該製品の隙間に、首が挟まった状態で発見された。被害者が高さが低いフットボード側から昇降を行うのを防ぐためにベッドのヘッドボードとフットボードを逆に取り付けていた。 | 島根県 | 調査の結果、高さが低いフトボードが頭側に取り付けられていたことから、ボードと手すりの間に頭を乗せやすい状態になり、首が沈んだものと判断した。 |
| 平成21年7月14日 | A200800396 | 平成19年12月 | 平成20年7月16日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 施設のベッドに設置した当該製品の下側の横桟に顎が引っかかった状態で発見された。 | 鹿児島県 | 調査の結果、当該製品に破損、ゆがみ、異常は見られず、ベッドからずり落ちた際に、当該製品の横桟とマットレスの隙間に入り、下側の横桟に顎が引っかかったものと判断した。なお、事業者はベッドの柵のすきまに関する危険性について、医療・介護施設に対して注意喚起を行っている。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成21年7月14日 | A200800837 | 平成20年11月8日 | 平成20年11月19日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 施設で当該製品の固定レバー部に衣服の襟が引っかかり、窒息状態となり、その後入院先で死亡した。 | 大阪府 | 調査の結果、当該製品の固定レバー部は、他の製品に比較して引っかかり易いものとはみとめられなかった。使用者が、ベッドの端でかがみ、ベッドの下にあるものを拾おうとした際にベッドから逆さに転落し、襟をかけてしまったものと判断した。 |
| 平成21年7月14日 | A200800562 | 平成20年8月25日 | 平成20年9月2日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 施設で、使用者が当該製品と電動ベッドに挟まれて腕を骨折した。 | 福岡県 | 調査の結果、ベッドに横になりながら当該製品の隙間に腕を入れて、電動ベッドのスイッチを操作したため、当該製品と電動ベッドの背ボトムに腕を挟まれたものと判断した。 |
| 平成21年7月14日 | A200800956 | 平成20年11月29日 | 平成20年12月11日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 施設で、当該製品の内部のすきまと電動ベッドの背ボトムの間に右腕が挟まれた状態で発見された。 | 東京都 | 調査の結果、ベッドに横になりながら当該製品の隙間に腕を入れたまま、電動ベッドのスイッチを操作したと判断した。 |
| 平成21年11月25日 | A200801170 | 平成21年1月17日 | 平成21年1月28日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 2本並べて設置された当該製品の隙間に首が乗った、うつぶせの状態で発見された。 | 岡山県 | 調査の結果、当該2本の製品の隙間に首が入ったものではなく、すき間の上に首が乗った状態であった。使用者が病気を発症し、このような状態になったものと判断した。 |
| 平成21年11月25日 | A200801143 | 平成21年1月14日 | 平成21年1月23日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | アームが開いた状態で固定された当該製品の本体フレームの内部の隙間にスイングアーム越しに左腕が入り込んだ状態で発見された。左腕は骨折していた。 | 東京都 | 調査の結果、当該製品のスイングアーム部の動作及びロック機構に不具合は認められなかった。使用者が誤ってスイングアーム越しに腕をフレーム内部のすき間に入れたものと判断した。 |
| 平成21年11月25日 | A200701164 | 平成20年2月28日 | 平成20年3月26日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 他社製のベッドの上に2枚重ねて敷かれたマットレスと当該製品の隙間に挟まった状態で発見された。 | 三重県 | 調査の結果、当該製品に破損、ゆがみ、異常は見られなかった。横幅の短いマットレスが使用されていたため、すき間が広くなっており、ベッドからずり落ちた際に、当該製品の横桟とマットレスのすき間に入り、下側の横桟に胸部が引っかかったものと判断した。なお、事業者はベッドの柵のすきまに関する危険性について、医療・介護施設に対して注意喚起を行っている。 |
| 平成22年1月26日 | A200801151 | 平成21年1月6日 | 平成21年1月26日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 寝ている際に、当該製品のサイドレール横の隙間に腕が入り、起きた時に、腕を抜くことが出来ずに骨折した。 | 東京都 | 調査の結果、就寝中に左腕を当該製品の横さんの間に入れてしまい、目が覚めた際に左腕が動かないことに驚き、慌てて引き抜こうとした際に手首をひねってしまったものと判断した。 |
| 平成22年1月26日 | A200801269 | 平成21年2月4日 | 平成21年2月20日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | ベッドの内側から当該製品上部の隙間に足が挟まり、頭が床についた状態で発見された。足を骨折する重傷を負った。 | 山口県 | 当該製品に変形などの異常は認められなかった。使用者がサイドレールを跨ごうとして、右足が当該製品の上部横桟の隙間に挟まった状態でベッドの外側に倒れたものと判断した。 |
| 平成22年1月26日 | A200801378 | 平成21年3月4日 | 平成21年3月23日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | ベッド脇の床に座り込み、左腕を当該製品に入れ、ねじれた状態（骨折）で発見された。現在、原因を調査中。 | 和歌山県 | 調査の結果、当該製品のスイングアーム部の動作及びロック機構に異常は認められなかった。使用者がスイングアームのロックを解除した際にスイングアームが動き、誤って腕が挟まったものと |
| 平成22年5月21日 | A200900202 | 平成21年4月15日 | 平成21年6月12日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 病院で、ベッドの片側に2本設置されていた当該製品の間に、仰向けで首がある状態で発見され、翌日死亡した。 | 三重県 | 調査の結果、2本設置されていた当該製品の間に首が入り込んだものであるが、当該事故防止のために無償提供されていた挟み込み防止部品（スペーサー）を使用していなかった施設の管理上の問題と判断した。なお、医療・介護ﾍﾞｯﾄﾞ安全普及協議会で作成されたマニュアル等で介護の際における注意として、手すりの間のすき間を無くすように当該スペーサーの使用について推奨するとともに、無償で配布されている。介護上、取り外しが可能なものであるため、取り外した後は忘れずに再度使用することも重要である。さらに、 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成22年5月21日 | A200900192 | 平成21年6月1日 | 平成21年6月11日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 開いた状態で固定された当該製品に腕をからませ重傷を負った。 | 福岡県 | 調査の結果、事故品の各部に異常は認められなかった。使用者がベッドの脇で床に転倒し、スイングアームに手を掛けて起き上がろうとした際、開いた状態で固定されていた本体上部パイプとスイングアーム上部パイプの間に手首付近を入れ起き上がろうとしたが起き上がれず、倒れ込んで手首付近に無理な力が加わったものと判断した。 |
| 平成22年5月21日 | A200900328 | 平成21年6月14日 | 平成21年7月22日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 施設で、当該製品を他社製ﾍﾞｯﾄﾞ（特注品）に設置して使用していたところ、当該製品とベッドの頭側柵部分の間に首が挟まった状態で発見され、数日後に死亡した。 | 神奈川県 | 調査の結果、当該製品は、適合する介護ベッドと組み合わせて使用した場合に問題となる隙間は生じないものであった。当該製品が特注の一般用木製ﾍﾞｯﾄﾞに取り付けられたため、ベッドの柵部分との間に首が沈み込む可能性のある隙間が生じたものと判断した。なお、取扱説明書に、適合する介護ベッドが記載されており、適合品以外の製品と組み合わせないよう注意記載がなされていた。 |
| 平成22年7月26日 | A200800612 | 平成20年8月25日 | 平成20年9月12日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | ベッドの外側に体がある状態で、当該製品のベッド内側とマットレスの端の隙間に右腕が入り込み重傷を負った。 | 大阪府 | 調査の結果、〇当該製品にぐらつき、変形等構造上の問題は認められなかったこと、から●使用者（要介護者）がポータブルトイレから戻った際に、マットレスとサイドレールとの間に右腕が挟まり、自力で動くことができず腕が麻痺したものと推定。JIST9254（在宅用電動介護用ベッド）のサイドレールの基準値を満たしていた。また、当該製品に使用されていたサイドレールは手すり（介助バー）との併用を意図したタイプのものであったが、使用者の意図によりサイドレールが2本並べて設置されており、両方の隙間（約530mm）が広く、補助具を取付けることはできない状態にあっ |
| 平成22年7月26日 | A200800074 | 平成20年4月11日 | 平成20年4月18日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | ベッドの頭部ボードと当該製品の間に頭部が入った状態で被害者が発見された。 | 兵庫県 | 調査の結果、〇当該製品にぐらつき、変形等構造上の問題は認められなかったこと、〇当該製品とベッドの頭側ボードの隙間は約52mmで、当時のJIST9254（在宅用電動介護用ベッド）のサイドレールの基準値を満たしていたこと、から、●身体能力が低下していた使用者（要介護者）がボードによりかかっていたところ体勢を崩し、ボードと当該製品の間に首が入ってしまったものと推定。 |
| 平成22年7月26日 | A200900397 | 平成21年8月6日 | 平成21年8月17日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 当該製品のベッドと手すりのすき間に左足が入った状態で発見され、脊椎が圧迫骨折していた。 | 山口県 | 調査の結果、〇当該製品にぐらつき、変形等構造上の問題は認められなかったこと、〇当該製品の設計図からJIS（JIST9205病院用ベッド、JIST9254在宅用電動介護用ベッド）の基準値を満足していたことから、●当該製品は事故の関係していないものと推定。 |
| 平成22年7月26日 | A200900755 | 平成21年10月27日 | 平成21年12月14日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 当該製品のベッドと手すりのすき間に、右腕の肘が深く入り込んだ状態で発見された。なお、事故品の手すりは中央側と端側が逆に設置されていた。 | 東京都 | 調査の結果、〇当該製品にぐらつき、変形等は認められなかったこと、〇当該製品の設計図からJIS（JIST9254在宅用電動介護用ベッド）の基準値を満足していたことから、●使用者がベッドから降りようとして滑り落ち、偶発的に当該製品の外枠と縦桟の間に肘が入り込み事故に至ったものと推定され、当該製品は事故の関係していないものと推定。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成22年10月1日 | A200800235 | 平成20年5月22日 | 平成20年6月5日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 使用者が、当該製品のベッドサイドレールの間に首が挟まった状態で発見され、数日後に死亡した。 | 兵庫県 | 調査の結果、〇当該製品の分割されたサイドレール間の寸法は70mmであった。（JIS基準60mm以下：2001年1月改訂）〇レンタル事業者は当該製品のすき間を塞ぐ部品を取り付けた状態で納品をしていた。●上記のことから、製品に起因しない事故と判断される。原因は、当該製品のすき間防止用部品が動かされてずれていたため、すき間に首が入り込んで圧迫され事故に至ったものと推定される。なお、レンタル事業者は当該製品の納入時にすき間防止用部品を設置して |
| 平成24年6月18日 | A201000777 | 平成22年12月6日 | 平成22年12月17日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 2本の当該製品の間に首が入り込んだ状態の使用者（80歳代女性）が発見され、死亡が確認された。 | 福井県 | 〇当該製品に破損や取付不良等の異常は認められなかった。<br>〇当該病院は、2本の当該製品の上部を連結する部品を入手していたが、当該製品には取り付けられていなかった。<br>〇見回りの合間に発生した事故であり、事故時の状況は確認できなかった。<br>●当該製品の上部を連結する部品を取り付けていなかったため、何らかの原因で使用者の首が当該製品の間の隙間に入り込み事故に至ったものと推定される。なお、事業者は当該病院に対して、当該製品の隙間での挟み込みについて、パンフレット等を配布して注意喚起を行っていた。 |
| 平成24年6月18日 | A201001045 | 平成23年2月12日 | 平成23年3月7日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 右足が当該製品の隙間に入り込み、上半身が当該製品に覆いかぶさる状態の利用者が発見され、病院で受診したところ負傷が確認された。 | 兵庫県 | 〇使用者は一人暮らしであり、事故当時の状況は不明である。<br>〇当該製品の上部にあいた95㎜の隙間に利用者の右足が入り込んでいた。<br>〇当該製品に破損や変形はなく、バリ等も認められなかった。<br>●当該製品に破損や変形などの異常は認められないことから、何らかの要因で使用者の右足が、当該製品上部の隙間に入り込んだことにより事故に至ったもので、製品に起因しない事故と推定されるが、事故当時の状況が不明であるため、事故原因の<br>特定には至らなかった。なお、当該製品上部にあいた隙間はJISに規定される寸法を満足しており、本体表示には「隙間に注意身体の一部（特に頭や首）が挟まれ、けがをするおそれがあります」 |
| 平成24年6月18日 | A201001113 | 平成22年11月15日 | 平成23年3月24日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 利用者（70歳代女性）が介護ベッドに座り損ねて、滑り落ちた際に、当該製品のすき間に肘が入り込み、負傷した。 | 大阪府 | 〇当該製品はベッドの左足側に設置されていた。<br>〇使用者は、ベッドへの着座時にバランスを崩し、ベッドから滑り落ちた際に右肘が当該製品の隙間に入り込んだ。<br>〇当該製品に破損や変形は認められなかった。<br>●当該製品が設置されたベッドに座ろうとした使用者が、バランスを崩してベッドから滑り落ちる際に、当該製品の隙間に右肘が入り込んで事故に至ったものと推定される。なお、当該製品の隙間は、JISの基準を満足していた。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成24年9月6日 | A201100318 | 平成23年7月23日 | 平成23年8月2日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 使用者（90歳代女性）の腹部が、一部が可動する当該製品と介護ベッド用手すりのすき間に挟まった状態で発見され、死亡が確認された。 | 千葉県 | ○使用者は、上半身はベッド上に、両足は床に投げ出した側臥位の姿勢で、ベッドに設置された当該製品のスイングアームとベッドサイドレールの間に腹が挟まった状態で死亡していた。<br>○事故発生時における当該製品のスイングアームは閉じた状態であり、底板はフラット、高さは最低になっていた。<br>○当該製品に変形等の異常は認められなかった。<br>○使用者の死因は病死である。<br>●当該製品には異常が認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成24年9月6日 | A201100359 | 平成23年7月25日 | 平成23年8月22日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 当該製品を使用中、落下し、負傷した。 | 千葉県 | ○使用者が換気扇のフィルター交換のため踏み台の上で作業中、ストッパーピンが2箇所とも外れ、落下負傷した。<br>○当該製品の各部に破損や変形などは認められず、ストッパーピンは正常に取り付けられていた。<br>○当該製品のストッパーアーム、ストッパーピン及びピン穴に摩耗や変形などは認められなかった。また、ストッパーピンは、奥まで差し込むと確実にロックされ、容易に外れない構造であった。<br>●当該製品に異常は認められないことから、製品に起因しない事故と推定されるが、詳細な使用状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかった。 |
| 平成24年9月6日 | A201100457 | 平成23年9月21日 | 平成23年10月3日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 当該製品を片側のベッドサイドに2本設置して使用していたところ、利用者（60歳代）が、2本設置したすき間に首がある状態で発見され、死亡が確認された。 | 香川県 | ○2本の当該製品のすき間は50㎜であった。<br>○レンタル事業者は、使用者にすき間に関する注意喚起は行ったが、当該製品に付属の簡易部品（2本の当該製品の上部を連結してすき間を塞ぐ部品）を当該製品に取り付けず、簡易部品の使用方法を説明していなかった。<br>○事業者は、当該レンタル事業者に対し、事故情報の提供や注意喚起文書を送付していた。<br>●当該製品は、レンタル事業者が2本の当該製品の間のすき間を塞ぐ簡易部品を取り付けず、使用方法を説明していなかったため、何らかの原因により2本の当該製品のすき間に使用者の首が乗り、事故に至ったものと推定される。なお、簡易部品の本体表示には、「すき間に注意。頭や首がはさまれると生命にかかわるけがをすることがあります。」「ベッド片側にサイドレール2本を使用 |
| 平成24年9月6日 | A201100592 | 平成23年4月6日 | 平成23年11月17日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 当該製品を片側のベッドサイドに2本設置して使用していたところ、使用者（60歳代）が、2本設置したすき間に首が乗った状態で発見され、死亡が確認された。 | 愛知県 | ○当該製品には、破損や取付不良などの異常は認められなかった。<br>○病院は、事業者から2本設置した隙間の上部を連結する簡易部品を入手し、挟み込み防止について認識していたが、使用者の身体状況から、簡易部品は使用していなかった。<br>○使用者の死因は、不明であった。<br>●当該製品に異常は認められないことから、2本設置した当該製品の上部を連結する部品を取り付けていなかったため、何らかの原因で使用者の首が隙間に乗ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。なお、当該病院には、上部を連結する簡易部品が2001年12月に無償配布されていた。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成24年9月6日 | A201100599 | | | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 当該製品をベッドサイドに設置して使用していたところ、使用者が当該製品とベッドの頭側のパイプ部とのすき間に首がある状態で発見され、9日後、死亡した。 | | ○使用者は、当該製品とベッドの頭側パイプとサイドレールの間に首がある状態で、頭部はベッド外側で上向き、体はベッドで横向きの状態で発見された。<br>○病院の個室で事故が発生しており、目撃者はいなかった。<br>○当該製品に破損などの異常は認められなかった。<br>●当該製品に異常は認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。なお、事業者は当該病院に対して、文書配布や訪問等により、すき間に関する危険性について注意喚起を行っていた。 |
| 平成24年12月13日 | A201101069 | 平成24年2月12日 | 平成24年3月1日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 病院で使用者（80歳代）が、ベッドのフットボード（足側のついたて）と当該製品とのすき間に首があった状態で発見され、死亡が確認された。 | 静岡県 | ○使用者の頚部が、当該製品とフットボードの隙間に挟まれた状態になっていた。○使用者は、フットボードなどを乗り越えようとすることがあった。○当該製品とフットボードの隙間は、現行JIS規格制定前の製品で、隙間は94．5mmであった。○病院では、手すりと手すりの隙間を塞ぐ対策はとっていたが、当該製品とフットボードの隙間を塞ぐ対策はとっていなかった。●当該製品とフットボードとの隙間を塞ぐ対策をとってないかったため、使用者がフットボードを乗り越えようとした際に、何らかの原因で隙間に頚部が入ってしまったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。なお、事業者は当該病院に対し、サイドレール類の隙間に係る事故状況をお知らせしており、また、安全情報や医療・介護ベッド安全普及協議会のパンフレットについて内容を説明している。 |
| 平成25年3月12日 | A201101016 | 平成24年2月12日 | 平成24年2月21日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 使用者（80歳代）が、介護ベッドと当該製品の間に首が挟まった状態で発見され、死亡が確認された。 | 和歌山県 | ○使用者は、介護ベッドのサイドフレームと当該製品との間で首が圧迫されて窒息死した。○事故時、2本ある当該製品の下肢側は外されていた。○当該製品の各部に変形等の異常は認められず、サイドレールやマットも同一事業者のものが使用されており、不具合等は認められなかった。○サイドフレームと当該製品の下端との隙間は95mmであった。○使用されていたマットとエアーマットは事業者が用意したもので、マットとエアーマットを使用することによって隙間を塞いで使用していた。○介護ベッドにマットとエアーマットが敷かれた状態で、サイドフレームと当該製品との間に首を挟むことについては再現できなかった。<br>●当該製品の詳細な使用状況が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に構造上の異常は認められないことから、使用者が1人で介護<br>ベッドから車いすに移乗する際に、何らかの原因でバランスを崩して当該製品とサイドフレームの間に頚部が圧迫されたものと考えられ、製品には起因しない<br>事故と推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成25年3月12日 | A201101023 | 平成24年2月5日 | 平成24年2月22日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 使用者（70歳代）の足が当該製品のすき間に入り込んだ。さらに翌日、ベッドから立ち上がる際に転倒した。 | 大阪府 | ○使用者の右足が、当該製品のロックレバー付近の隙間に入り込んでいた。○翌日、使用者はベッドから立ち上がる際に転倒した。○当該製品に破損や変形等の異常はなく、ロック機構及び動作にも異常は認められなかった。○事故当時の詳細な状況は確認できなかった。<br>●当該製品のロックレバー付近の隙間に右足が入り込んだ際のけがか、転倒の際のけがかを特定することができず、また、事故当時の詳細な状況も不明な<br>ため、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常が認められないことから製品に起因しない事故と推定される。なお、本体には、「身体の一部がはさまれ、けがをするおそれがあります」、取扱説明書には、「隙間にはさまれたり、抜けなくなるなどして、けがをするおそれがある」、「使用する方の状態や必要に応じて、別売のソフトカバーをお使いください」旨、記載されている。また、当該製品の隙間は、JIS規格の基準を満足していた。 |
| 平成25年3月12日 | A201200103 | 平成24年4月22日 | 平成24年5月7日 | 介護ベッド用手すり | 死亡1名 | | 死亡1名 | 病院で当該製品をベッド両側に2本ずつ設置して使用していたところ、使用者が、当該製品2本のすき間に首が入っている状態で発見され、死亡が確認された。 | 東京都 | ○当該製品の角部は丸くなっており、2本並べられた当該製品の隙間は上から下へ狭くなっていた。○使用者は、2本並べられた当該製品の隙間に首を挟み込み、呼吸停止の状態で発見された。○使用者の首が挟まっていた当該製品の隙間は約50mmだった。○事故の10分前に、使用者がベッドで横になっているのが確認されていた。<br>●2本並べられた当該製品の隙間を埋める措置をとっていなかったため、何らかの要因で当該製品の隙間に使用者の首が入り込み、事故に至ったものと推<br>定される。なお、事業者は、事故以前から、2本並べられた当該製品の隙間を埋める安全部品を無償で配布している旨の案内を病院に複数回行っていたが、病院側から安全部品の請求はなかった。 |
| 平成25年3月12日 | A201200400 | 平成24年8月21日 | 平成24年8月31日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 介護施設（東京都）で入居者（80歳代）が、ベッドのヘッドボード（頭側のついたて）と当該製品とのすき間に首があった状態で発見され、死亡が確認された。 | 東京都 | ○ベッド右頭側に設置された当該製品とヘッドボードの隙間に使用者の首が挟まれていた。○ベッド右頭側には、ナースコールのボタンがあり、テレビやポータブルトイレが置かれていた。○当該製品には、取付不良などの異常は認められなかった。○当該製品とヘッドボードの隙間は、当該製品の角部が丸められているため、上から下に狭くなっていた。○当該製品とヘッドボードの隙間を塞ぐ対策は取られていなかった。<br>●当該製品に異常は認められないことから、当該製品とヘッドボードの隙間を塞ぐ対策が取られていなかったため、何らかの原因により隙間に頚部が挟まっ<br>たものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。なお、事業者は当該施設に対して、文書配布や訪問等により、隙間に関する危険性につ |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成25年5月2日 | A201200419 | 平成24年8月28日 | 平成24年9月10日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 使用者（60歳代）がベッドに腰掛けた状態で使用中、バランスを崩してベットから滑り落ち、負傷した。 | 京都府 | ○使用者はテレビの視聴時、日常的に右側に端座位をとり、当該製品の内桟のすき間に外側から右肘を入れていた。○当該製品は同社製のベッド右頭側に設置されていた。○当該製品が設置されていたベッドと当該製品の組み合わせに異常は認められなかった。○使用者はお尻を滑らせてベッドから落ちた際に、当該製品に入れていた右肘が抜けにくい状態となり、慌てて引き抜こうとしたところ負荷をかけ過ぎて骨折した。○当該製品に変形、破損などの異常は認められなかった。○当該製品はJIS対象以前の製品であったが、寸法は、現行JISに適合していた。○使用していたマットレスには異常は認められなかった。●当該製品に異常が認められないことから、使用者が当該製品の内桟のすき間に外側から右肘を入れてテレビを視聴していた際、何らかの原因によってバランスを崩しベッドから滑り落ちて当該製品の間に右肘が入り、慌てて無理に引き抜いたため骨折に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。なお、取扱説明書に |
| 平成25年5月2日 | A201200389 | 平成24年8月11日 | 平成24年8月29日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 当該製品をベッド頭側左右に1本ずつ設置して使用していたところ、使用者が、腰部は床に落ち、脚はベッドの足側右に設置していた家具とベッドの間で挟まり、頭部をベッド上に残した状態で発見され、死亡が確認された。 | 埼玉県 | ○使用者には身体機能の低下が認められた。○当該製品は介護ベッドの頭側左右に1本ずつ設置されていたが、介護ベッドの足側には何も設置していなかった。○介護ベッドの足側右に設置していた家具と介護ベッドの距離は10cm未満であった。○使用者がベッドから落ちた経緯は確認できなかった。○使用者の頭部は、格子の隙間に入り込んでいなかったが、顎が当該製品のフレームの端に掛かった状態になっていた。○当該製品に傷や凹み等の変形は認めらなかった。○当該製品に保護カバーは使用されていなかった。○レンタル事業者は、介護者に対して保護カバーについての説明と注意喚起を行っていた。●詳細な事故時の状況が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常は認められないことから、使用者が介護ベッドから落ちた際に、当該製品の端に顎が掛かり脚が介護ベッドと家具の間に挟まったために、自力で抜け出せずに事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成25年5月2日 | A201200479 | 平成24年9月12日 | 平成24年9月28日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 当該製品をベッドサイドに2本設置して使用していたところ、使用者（80歳代）の首が、2本設置したすき間にのった状態で発見され、死亡が確認された。 | 長野県 | ○使用者は、自力で体勢を維持できない程に身体機能が低下していた。○当該製品はベッドの頭側及び足側に左右2本ずつ設置されており、設置状態に異<br>常は認められなかった。○当該製品の左右の隙間は約50mmであり、すき間を埋めるためのスペーサーは取り付けられていなかった。○ベッドにはリクライニング機能が付いており、ベッドの背は水平から約60度まで上がっていた。○使用者は、ベッドの左側に取り付けられていた当該製品の隙間に首の左半分をの<br>せた状態で頸部を圧迫されていたが、首が隙間に挟み込まれていたかについては特定できなかった。○レンタル事業者は、介護者に対して当該製品のスペーサーについての説明を行っていなかった。●詳細な事故時の状況が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常が認められないことから、ベッドの背もたれが上がっていたために、使用者の上体のバラ |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成26年3月7日 | A201200801 | 平成25年1月8日 | 平成25年1月21日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 病院で使用者（80歳代）が、頭部がベッドと当該製品との取付部の隙間に仰向けで入り込んだ状態で発見され、死亡が確認された。 | 石川県 | ○当該製品はベッドの右頭側に設置されており、ベッドと当該製品の隙間に使用者の頭部が入り込み、頭部がベッドからはみ出た状態であった。○当該製品の取付けなどに異常は認められなかった。○ベッドと当該製品の隙間寸法はJIS基準を満たしていなかったが、隙間を塞ぐ対策は取られていなかった。●事故時の状況が不明であり、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常は認められないことから、当該製品とベッドの隙間を塞ぐ対策が取られていなかったため、何らかの原因により隙間に頭部が入り込んで事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。なお、事業者は当該病院に対して、文書配布により、隙間に関する危険性につ |
| 平成26年3月7日 | A201300054 | 平成25年3月10日 | 平成25年4月22日 | 介護ベッド用手すり | | | 死亡1名 | 施設で当該製品を片側のベッドサイドに2本設置して使用していたところ、利用者（90歳代）が、ベッドのヘッドボード（頭側のついたて）と当該製品とのすき間に首があった状態で発見され、死亡が確認された。 | 大阪府 | ○施設入居の使用者が、当該製品とベッドのヘッドボードとのすき間に首が挟まった状態で発見された。○当該製品に破損や変形は認められなかった。○当該製品とヘッドボードとの隙間は、現行JIS規格制定前の製品で、隙間は6cmであった。○当該施設では当該製品とヘッドボードの隙間を塞ぐ対策はとっていなかった。●当該製品に異常は認められず、利用者が何らかの要因で当該製品とベッドのヘッドボードとのすき間に首を挟んだ事故と考えられる。 なお、レンタル事業者は、当該製品をレンタルする際、注意喚起とリーフレットを渡すことですき間に関する危険性について注意喚起を行っていた。 |
| 平成26年6月9日 | A201300625 | 平成25年10月30日 | 平成25年12月13日 | 介護ベッド用手すり | | | 重傷1名 | 使用者（80歳代）が<br>当該製品を設置したベッドから落下し、1名が負傷した。 | 静岡県 | ○使用者の左足（膝頭）が、当該製品のスイングアームロックレバー付近のすき間に入り込み、ベッドから落下した。<br>○当該製品に破損や変形等の異常はなく、ロック機構及び動作にも異常は認められなかった。<br>○事故当時の詳細な状況は不明であった。<br>●当該製品に破損や変形などの異常が認められないことから、使用者がベッドから降りようとした際、左足がすき間に入り込んだことで、事故に至ったものと<br>考えられ、製品に起因しない事故と推定される。<br>なお、当該製品のすき間は、JIS基準を満足していた。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成27年9月24日 | A201400283 | 平成26年7月6日 | 平成26年8月13日 | 介護ベッド用手すり | 死亡１名 | | 死亡１名 | 当該製品をベッドに設置して使用していたところ、使用者（80歳代）が、当該製品自体の隙間に頭部が入った状態で発見され、死亡が確認された。 | 神奈川県 | ○使用者は、当該製品の手すりのすき間に首が入って頸椎が圧迫された状態で発見された。<br>○当該製品は、背板の角度をリモコンで調整することができ、使用者が発見されたとき、背板は上がっていた。しかし、背板の角度や、背板が上げられた経緯については特定できなかった。<br>○事故同等品を調査した結果、背板が上がった状態で、身体が動くと、手すりのすき間に頭部が入り込む可能性が認められた。<br>○当該製品は、JIST9254（在宅用電動介護ベッド）が2009年に改正される前の製品であり、手すりのすき間の寸法は、現行JISの基準である「直径120mmのジグが入らないこと」を満たしていなかった。<br>○当該製品の手すりには、すき間を覆う等の挟込み防止措置は執られていなかった。○すき間の挟込み防止措置が執られていなかった経緯は特定できなかった。○事故発生後に行われた点検では、当該製品の動作に異常は認められなかった。●事故の発生経緯や手すりのすき間が覆われていなかった経緯が不明のため、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常が認められないことから、使用者の首が当該製品のすき間に挟まり圧迫されたために事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。なお、製造事業者は、当該製品のレンタル事業者に対して、当該製品がJIS不適合品である旨とすき間への挟み込みの防止措置が必要である旨を記した文書を事故以前に2度送付していたほか、JIS適合品への交換を提案してい |
| 平成24年9月6日 | A201100466 | 平成23年9月28日 | 平成23年10月5日 | 手すり（床置き式） | | | 死亡１名 | 当該製品とベッドの間に首が挟まった状態で発見され、死亡が確認された。 | 長崎県 | ○当該製品は、安定性を向上させる金具（付属品ではない）を取り付け、ベッドのサイドフレームに接続して使用されており、当該製品とベッドの間に生じた約15㎝のすき間に使用者の首が挟まっていた。<br>○当該製品に変形、破損などの異常は認められなかった。<br>○同等品の中央付近にベッド側から横方向（ベッドから離れる方向）に力を加えたところ、金具を取り付けた場合は約346N以上で同等品が移動し、同等品のみの場合は約89Nで手すりが移動した。<br>●当該製品に取り付けられた金具がベッドのサイドフレームから外れて手すりが移動したため、手すりとベッドの間にすき間が生じ、何らかの原因により使用者がそのすき間に入り込んで事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成24年12月13日 | A201100619 | 平成23年11月14日 | 平成23年11月24日 | 手すり（床置き式）用すべり止め金具 | | | 死亡１名 | 使用者（80歳代）が当該製品を接続した手すり（床置き式）のパイプ間に首が挟まった状態で発見され、死亡が確認された。 | 奈良県 | ○ベッド横の足元側に当該製品で固定していた手すりの上部パイプと下部パイプの間に首が挟まり、床面に正座するような格好で頚部圧迫の状態で発見された。○当該製品には、破損や変形などの異常は認められなかった。○当該製品は、手すりに適切に固定されていた。●当該製品に異常が認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。なお、事故時に使用していた手すりの上段パイプと下段パイプの隙間寸法が、使用者の頭部が入り込む寸法であったため、使用者の頭部が当該隙間に入り込み、事故に至ったものと推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成25年5月2日 | A201200455 | 平成24年7月23日 | 平成24年9月20日 | 手すり | | | 重傷1名 | 当該製品を伝って移動中、当該製品の間に腕が挟まり、負傷した。 | 神奈川県 | ○当該製品に破損や変形等の異常は認められず、設置に関する不備も認められなかった。○当該製品の手すり部には、2本のパイプが上下に配置されており、使用者が当該部位に掴まって移動していたところ、パイプの間の約70mmのすき間に右前腕部が入り骨折した。○使用者は、自力で体勢を戻すことができず、手すりに覆い被さった状態で発見された。○事故発生時の詳細な状況は特定できなかった。●詳細な事故発生時の状況が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に破損や変形などの異常が認められないことから、手すりに掴まっていた使用者の右腕がパイプのすき間に入ったために、腕に過大な力が加わったものと考えられ、製品に起因 |
| 平成26年9月5日 | A201400320 | 平成26年7月26日 | 平成26年9月1日 | 手すり（床置き式） | | | 死亡1名 | 当該製品をベッド脇で使用中、使用者（80歳代）の身体が当該製品とベッドの間に挟まった状態で発見され、3日後に病院で死亡が確認された。 | 東京都 | ○当該製品は、約1年9か月の間、使用者宅のベッドの横に設置されており、使用者がベッドから立ち上がったりする際の介助用として利用されていた。○当該製品は樹脂皮膜が施された金属製の手すりで、高さ約680mm、幅約340mmであった。○当該製品の底板は、ベッドの下に挿し込まれており、ベッドの自重によって製品が動かないようになっていた。○レンタル事業者は、使用者の家族及びケアマネージャー立ち会いの下で当該製品を設置した。その際、ベッド側面の引き出しを利用できるようにしたいとの使用者家族の要望により、当該製品とベッドの間に30センチ程度のすき間を設けた。○事故当日の深夜、使用者がベッドと当該製品のすき間に落ちて身体を挟み、翌朝9時に使用者家族によって救助された。○使用者は「挫滅症候群」と「圧挫症候群」との診断を受け、左足の太股が壊死した後、カリウムが全身に<br>回り、心不全と不整脈で死亡した。○使用者の身体特性や、ベッドの高さ等の事故状況の詳細は特定できなかった。●当該製品がベッドから離して設置されていたために、使用者が当該製品とベッドの間に落ちた際に長時間身体を圧迫されて事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない |
| 平成25年5月2日 | A201200562 | 平成24年10月 | 平成24年10月30日 | 床ずれ防止用マットレス | | | 重傷1名 | 使用者（100歳代）が当該製品を敷いたベッドから滑り落ち、負傷した。 | 広島県 | ○当該製品は、床ずれ防止のため、皮膚に働く摩擦力を低減するため表面を滑らかに滑りやすくしていたものであった。○使用者は、端座位になったところ座り方が浅かったので、深く座り直そうとした際に当該製品についた手が滑り、ベッドから滑り落ちた。○事故当時にシーツ等の敷物の有無やベッド用グリップが使用されていたか否かについては確認できなかった。●詳細な使用状況及び事故状況が不明なため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品は、床ずれ防止のため表面を滑らかにしているものであることから、使用者が座り直そうとした際についた手が滑って身体のバランスを崩しベットから滑り落ちて事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。なお、取扱説明書には、「このマットレスの側地には、身体とマットレスの間の摩擦を極力少なくするために、滑りやすい素材を使用しています。ベッドの端に座る場合は、看護・介護する方や付添いの方などが身体を支えてあげ |
| 平成20年7月4日 | A200700485 | 平成19年9月20日 | 平成19年10月4日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 死亡1名 | 使用者が当該製品で舗装されていない畦道を走行中、高低差が1mある側溝に転落した。 | 山形県 | 事故品の走行は正常であり、各部品の動作に異常はなかった。使用者は畔道を走行中に方向転換しようとバックし て誤って道沿いの側溝に転落したと見られることから、製品に起因する事故ではないと判断した。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成20年12月26日 | A200800036 | 平成20年4月4日 | 平成20年4月9日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 死亡1名 | 電動車いすで河川敷の道路（道幅2m）を走行中、砂利にハンドルをとられてコントロール不能になり、階段上部から約4m下の河原に転落した。 | 熊本県 | 調査の結果、当該製品に異常は無く、また、使用者も運転を誤ったとしていることから、製品に起因する事故ではないと判断した。 |
| 平成21年3月27日 | A200800681 | 平成20年8月19日 | 平成20年10月7日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 重傷1名 | 緩やかなカーブを走行中に、交差点手前にある左側の側溝に転落し、重傷を負った。 | 愛媛県 | 調査の結果、当該製品にすべて異常は見られなかった。走行中、誤って傾斜した路肩に侵入し、側溝に転落したものと判断した。 |
| 平成21年3月27日 | A200800207 | 平成20年5月11日 | 平成20年5月30日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 重傷1名 | 傾斜のきつい下り坂を走行中にお伊庭の上でスリップし、制動不能となり、土手に衝突横転し、重傷を負った。 | 鹿児島県 | 調査の結果、当該製品に異常はみられなかった。取扱説明書で禁止している、急な坂道・悪路を走行したためスリップしたものと判断した。 |
| 平成21年3月27日 | A200800701 | 平成20年9月27日 | 平成20年10月10日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 死亡1名 | 農道わきの側溝、当該製品が落ちており、人が倒れていた。病院に運ばれたが、死亡が確認された。 | 愛媛県 | 調査の結果、当該製品にすべて異常は見られなかった。走行中、誤って傾斜した路肩に侵入し、側溝に転落したものと判断した。 |
| 平成21年6月5日 | A200700431 | 平成19年9月6日 | 平成19年9月14日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 死亡1名 | 当該機器に乗車中、踏切内で電車にひかれ死亡した。 | 大阪府 | 調査の結果、当該製品に電車との衝突による変形・損傷を除き異常が見られなかった。踏切内で電車が近づいてきたことに慌て誤ってアクセルレバーを強く握りこんでしまったため、緊急停止動作をとり続けてしまったものと判断した。なお、当該使用者が運転を開始したのは事故日の数日前からで、操作に慣れていなかったものと考えられ |
| 平成21年6月5日 | A200701118 | 平成20年3月4日 | 平成20年3月13日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 重傷1名 | 当該製品に乗車して急な下り坂を後進で降りていたところ土手にぶつかり横転し、重傷を負った。 | 鹿児島県 | 調査の結果、当該製品に異常は見られず、取扱説明書で禁止されている、急な坂道の走行禁止及び下り坂での後進走行によるものと判断した。 |
| 平成21年6月5日 | A200800414 | 平成20年7月5日 | 平成20年7月23日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 死亡1名 | 当該製品で下り坂を走行中、山の斜面に乗り上げ、転倒し頭を強く打った。 | 愛知県 | 調査の結果、当該製品に異常はみられなかった。走行中、誤って車道から山の斜面に乗り上げたために横転したものと判断した。 |
| 平成21年7月14日 | A200800646 | 平成20年9月8日 | 平成20年9月26日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 死亡1名 | 当該製品で移動中、道路から約2m下の田んぼに転落し、死亡した。 | 愛媛県 | 調査の結果、当該製品は走行性、スイッチの作動、バッテリー等走行機能に不具合は見られず、転落の際に生じたと思われるキズや変形以外に異常は確認されなかった。操作を誤り、転落防止柵のない道の路肩から水田に転落したものと判断した。 |
| 平成21年11月25日 | A200800010 | 平成20年3月24日 | 平成20年4月2日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 死亡1名 | 当該製品に乗車して、坂道を降りる途中、曲がり角で道から飛び出し、道路の下に転落し、死亡した。 | 島根県 | 調査の結果、当該製品のクラッチ等制動機能に異常は見られなかった。当該製品の自己診断機能が働いてたびたび止まる故障状態を使用者が認識したまま使用しようとして、クラッチレバーを解除して坂道を走行し、電磁ブレーキの効かない状態で運転を誤ったものと判断した。 |
| 平成22年1月26日 | A200700636 | 平成19年11月15日 | 平成19年11月22日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 死亡1名 | 当該製品でガードレールが無い県道を走行中、約2メートル下の土砂置き場に転落し、死亡した。 | 富山県 | 調査の結果、当該製品は走行機能に異常は認められず、事故に繋がる不具合は確認されなかった。使用者が操作を誤り、道路から転落したものと考えられる。 |
| 平成22年1月26日 | A200700703 | 平成19年12月1日 | 平成19年12月12日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 重傷1名 | 当該製品で走行中に側溝に落ち、側溝の上にあるブロック塀に頭を打ち付け、重傷を負った。 | 福井県 | 調査の結果、当該製品は走行機能に異常は認められず、事故に繋がる不具合は確認されなかった。使用者が操作を誤り、側溝に転落したものと考えられる。 |
| 平成22年1月26日 | A200801030 | 平成20年10月22日 | 平成21年1月5日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 重傷1名 | 当該製品で路上を走行中にガードレーの支柱に衝突し、その際に身体が傾き地面に手をついた際に骨折した。 | 福岡県 | 調査の結果、当該製品は操作性や制動性等に異常は認められず、ブレーキ機能にも異常はなかった。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成22年1月26日 | A200900013 | 平成21年3月18日 | 平成21年4月3日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 重傷1名 | 当該製品で坂を走行中に、交差点で乗用車と衝突し、当該製品から落下して重傷を負った。 | 山梨県 | 調査の結果、当該製品の走行性能、電磁ブレーキの制動性能に異常は認められなかった。赤信号で交差点に進入したために起こった事故と判断した。 |
| 平成22年1月26日 | A200900090 | 平成21年4月22日 | 平成21年4月28日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 農業用水路に使用者と当該製品が転落しているところを発見された。病院へ搬送されたが間もなく死亡した。 | 鹿児島県 | 調査の結果、当該製品には転落時に発生したと見られるタイヤホイール等の変形が見られたが、ブレキや走行性能に異常は認められなかった。使用者が運転操作を誤ったものと判断した。 |
| 平成22年1月26日 | A200801289 | 平成21年1月2日 | 平成21年2月26日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 重傷1名 | 当該製品に乗って犬の散歩をしていた。車いすから降りた際に、勝手に当該製品が動き出したので、止めようとした際に転倒し、骨折した。 | 奈良県 | 調査の結果、当該製品に異常は認められなかった。電源を切らずに降りたため、誤ってアクセルレバーに触れた際に当該製品が動き出し、止めようとして転倒したものと判断した。 |
| 平成22年1月26日 | A200801325 | 平成21年2月15日 | 平成21年3月6日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 重傷1名 | 自宅近くの未舗装の土手道を走行中に土手道から転落し、バランスを崩したため転倒し、右手小指を骨折した。現在、原因を調査中。 | 長崎県 | 調査の結果、当該製品には転落時に発生したと見られるタイヤホイール等の変形が見られたが、ブレーキや走行性能に異常は見られなかった。使用者が運転操作を誤ったものと判断した。 |
| 平成22年5月21日 | A200801297 | 平成21年2月14日 | 平成21年2月27日 | 電動車いす（ハンドル型） | | | 重傷1名 | 当該製品で橋の上を走行中に橋下の水路に転落し重傷を負った。 | 熊本県 | 調査の結果、当該製品は転落時に生じた変形が見られるが、走行や操作、制動に異常は認められなかった。操作を誤り、欄干のない橋の路肩に寄りすぎて、事故に至ったものと判断した。 |
| 平成22年5月21日 | A200900377 | 平成21年7月24日 | 平成21年8月6日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 当該製品に乗って外出したところ、農道から転落して死亡した。 | 長崎県 | 調査の結果、当該製品は、転倒時に生じた変形以外に異常は認められず、走行性能に問題は認められなかった。使用者が水田近くの農道の荒れた路肩に寄り過ぎて運転操作を誤ったものと判断した。なお、本体及び取扱説明書に、転倒等の恐れがあるので、悪路での運転や傾斜面の横断を避けるよう注意記載されていた。 |
| 平成22年5月21日 | A200900412 | 平成21年8月9日 | 平成21年8月24日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 未舗装のあぜ道から、当該製品ごと転落し、死亡した。 | 熊本県 | 調査の結果、当該製品は、転倒時に生じた変形以外に異常は認められず、走行性能に問題は認められなかった。使用者が荒れた路肩に寄り過ぎて運転操作を誤ったものと判断した。なお、本体及び取扱説明書に、転倒等の恐れがあるので、悪路での運転や傾斜面の横断を避けるよう注意記載されていた。 |
| 平成22年7月22日 | A200900389 | 平成21年8月9日 | 平成21年8月11日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 重傷1名 | 当該製品使用していたところ、踏切内で当該製品が停止したため電車と接触し、重傷を負った。 | 熊本県 | 調査の結果、〇当該製品のコントローラを他の製品に組み込んだところ、正常に走行、停止、充電できたこと、〇記録されたエラーは、バッテリー不足による電圧低下であることが確認されたことから、●使用者が当該製品のバッテリーの残量が少ない状態で踏切内に侵入し、バッテリーが切れて踏切内で停止したものと推定。 |
| 平成23年3月24日 | A200900187 | 平成21年5月18日 | 平成21年6月8日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 当該製品に乗って下り坂を走行中に、急にハンドルを切ったと思われ、当該製品が転倒し、1名が死亡した。 | 宮城県 | 〇当該製品には、転倒時の擦り傷やバックミラーの破損がみられるものの、事故につながるような変形等の異常は認められず、通常に走行できた。 〇事故現場の下り坂で走行しても6km/h以上の速度は出ず、ハンドルを切っても転倒しなかった。 ●事故原因は、当該製品に異常は認められないものの、事故当時の状況が不明であり、転倒を再現できなかったことから、特定には至らなかった。 |
| 平成23年3月24日 | A200900342 | 平成21年7月9日 | 平成21年7月24日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 重傷1名 | 当該製品で登り坂を走行中に、警告音が鳴り、当該製品が後退したため、土手から転落し、重傷（肩及び肋骨骨折）を負った。 | 福島県 | 〇当該製品は正常に運転でき異常は認められなかった。 〇事故現場の坂道を登る途中で警告音が鳴り、モーターに負担がかかり焼き切れないように自動的に車体が停止するよう制御正常に働くことが確認された。 〇当該製品が停止した後、車体が自然に後退する現象は確認できなかった。 ●事故原因は、使用者が当該製品で長い急な坂道を上っていたため、当該製品のモーターに負担がかかり停止したものと推定される。なお、車体が自然に後退するような事故の再現は出来なかった。また、取扱説明書には、急な坂道の走行は避ける、坂道での後退は転倒する恐れがあるので絶対にしない旨、記載されていた。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成23年7月29日 | A200900934 | 平成22年1月11日 | 平成22年1月28日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 道路上に使用者が倒れており、病院に搬送されたが死亡した。現場に当該製品があった。 | 愛媛県 | ○使用者は当該製品を使用中に、市道から坂道（砂利道）を登る途中の崖から転落していた。○当該製品のモーターの回転、電磁ブレーキの利き具合に異常はなく、クラッチの作動も正常であり、手動ブレーキの利き具合も正常であった。○当該製品に速度超過やモーター過熱等のエラー記録はなかった。○当該製品は、転落の衝撃でフロントフェンダー、前左ウインカーなど樹脂製品が破損しており、フロント側から転落した破損状況であった。●当該製品に異常は認められず、製品に起因しない事故と推定される。なお、事故当時の運転状況などが不明であるため、事故原因の特定には至らなかった。 |
| 平成24年6月18日 | A201100017 | 平成23年3月25日 | 平成23年4月7日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 利用者（80歳代男性）が当該製品とともに側溝へ転落しているところを発見され、病院に搬送後、死亡が確認された。 | 長崎県 | ○事故現場は、学校の敷地内で、校舎と側溝の間の幅約1．6mの未舗装路であった。<br>○当該製品には、転落時の衝撃による破損、変形以外は各部に異常は認められず、ブレーキや走行スイッチ、走行機構等の作動にも問題はなく、実走行においても異常は認められなかった。<br>○制御装置に故障が生じた場合に故障履歴が記録される構造であるが、故障履歴はなかった。<br>●当該製品には事故に繋がる異常は認められず、事故原因の特定には至らなかったが、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成24年6月18日 | A201100189 | 平成23年5月31日 | 平成23年6月16日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 当該製品の利用者（70歳代男性）が側溝へ転落 | 長崎県 | ○当該製品には、転落時の衝撃による破損、変形以外は各部に異常は認められず、ブレーキや走行スイッチ、走行機構等の作動にも問題はなく、実走行においても異常は認められなかった。<br>○制御装置に故障が生じた場合に故障履歴が記録される構造であるが、故障履歴はなかった。<br>●当該製品には事故に繋がる異常は認められず、事故原因の特定には至らなかったが、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成24年6月18日 | A201100408 | 平成23年8月28日 | 平成23年9月12日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 利用者（80歳代）が当該製品とともに池に転落しているところを発見され、死亡が確認された。 | 香川県 | ○当該製品は、転倒時の衝撃による破損、変形以外は、前後切替スイッチ、クラッチ、ブレーキの作動に異常は認められなかった。<br>○制御装置に故障が生じた場合は、故障履歴が記録される構造であるが、当該製品には故障履歴はなかった。<br>●当該製品には事故に繋がる異常は認められず、事故原因の特定には至らなかったが、製品に起因しない事故と推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成25年3月12日 | A201100873 | 平成24年1月10日 | 平成24年1月23日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 火災 | ゴミを焼却した場所から当該製品で走行して帰る途中、当該製品を焼損する火災が発生した。 | 岡山県 | ○使用者は自宅から約200m離れた道路横の空き地で1人でゴミを焼却した。○ゴミを焼いた場所から火災現場までの道路（約160m）に、樹脂製の部品の<br>一部（ターンシグナルランプ）とみられる溶融物を落下させながら走行していた痕跡が確認された。○ギアボックスケース（アルミダイキャスト）は、外部からの熱により後ろ側からケース内に向かって溶融していた。○ハーネス類に短絡痕等は確認できなかった。○メインコントローラーや充電器は、均一に焼損しており、出火元と判断される痕跡は確認できなかった。○モーターに残された給電線には、溶融痕は認められなかった。<br>●当該製品の詳細な使用状況が不明なため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品から出火に至る異常は認められないことから、ゴミ焼却場所で当該製品が火種を拾い可燃物が発火、樹脂製部品を焼損して車両火災に至ったも |
| 平成25年3月12日 | A201200111 | 平成24年4月26日 | 平成24年5月8日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 火災 | 駐輪場に置いていた当該製品を焼損する火災が発生した。 | 神奈川県 | ○当該製品にキーは差し込まれていなかった。○バッテリーは満充電に近い状態で、ほぼ原形をとどめていた。○基板の部品等から発火した痕跡は認められなかった。○コントローラーに記録されていた使用履歴から、事故前日に使用者が充電してから火災発生まで、当該製品に異常は認められなかった。<br>●当該製品の詳細な状況が不明なことから、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品の電源が事故時に投入されておらず、構成部品からの出火の<br>痕跡が認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成25年5月2日 | A201200414 | 平成24年8月31日 | 平成24年9月8日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 当該製品に乗車していた使用者（80歳代）が、川で発見され、病院で死亡が確認された。 | 島根県 | ○使用者は事故発生の当日、午前10時30頃、電動車いす（ハンドル形）に搭乗し、自宅から約600m離れた移動販売車の駐車場へ1人で買い物に出かけていた。○当該製品は、発見当時、ガードレールの設置されていない幅員約3．7mのアスファルト舗装道路脇の河川に被害者とともに転落していた。○当該製品には、道路から河川に落下した際に生じた軽微な破損が認められたものの、走行が可能な状態であった。○走行テストの結果、走行、制動及びハンドル操向等、各部性能・機能に異常は認められなかった。●事故時の詳細な状況が不明なことから事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常は認められないことから、使用者が当該製品を使用中に何らかの原因により河川に転落し事故に至ったものと判断され、製品に起因しない事故と推定され |
| 平成25年5月2日 | A201200512 | 平成24年10月2日 | 平成24年10月12日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 当該製品に乗車していた使用者（80歳代）が、当該製品とともに川で発見され、死亡が確認された。 | 静岡県 | ○使用者は当該製品に乗車し橋手前で左に曲がっている道を直進し、橋右側の土手から川に転落した。○当該製品は前かごが潰れ、ハンドルポスト及び右アームレストが変形していたが、操舵部や車輪固定部に緩み等の異常は認められなかった。○マイコン履歴には異常を示す記録は残っていなかった。○モーターは内部に水が浸入し作動しなかったが、モーターを交換すると当該製品は正常に走行した。●当該製品の詳細な使用状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常は認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成24年11月2日 | A201200565 | 平成24年10月23日 | 平成24年10月31日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 使用者（80歳代）が当該製品に乗車中、踏切内で列車にはねられ死亡した。 | 兵庫県 | ○事故当時遮断機は下りており、当該製品は停止していたが、列車通過中使用者が当該製品上で前のめりになるようにして遮断棒を折って踏切内に進入し<br>た。○本体内部のバッテリー、コントローラー基板（制御基板）、コントローラー接続部の配線接続に異常は認められなかった。○当該製品の操作入力部を正常品に接続したところ、制御及びモーター動作ともに異常は認められなかった。○当該製品コントローラー基板の走行履歴等を記録するメモリーを正常品コン<br>トローラー基板に装着したところ、事故発生11分前までの履歴が確認できたが異常停止や誤動作の記録は無かった（事故発生時の記録は事故により記録で<br>きていない。）○当該製品のモーターを正常品に接続し動作させたところモーターは正常に前進、後進回転し異常は認められなかった。●事故時の詳細な運転操作状況が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常が |
| 平成24年11月16日 | A201200607 | 平成24年11月5日 | 平成24年11月14日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 使用者（70歳代）が当該製品に乗車中、踏切内で列車にはねられ死亡した。 | 大阪府 | ○当該製品の操作性に異常は認められなかった。<br>○電磁ブレーキ及び手動ブレーキに異常は認められなかった。<br>○制御ユニット内に、浸水・破損等の異常は認められなかった。<br>○事故当日に、事故の要因となり得るエラーは記録されていなかった。●当該製品が踏切内に進入した原因は不明であり事故原因の特定には至らなかったが当該製品は、前進・後進等の操作に対して正常に反応し、ブレーキ機構にも異常は認められなかったことから、製品に起因しない事故と推定される。なお、同型品によればノイズ誤動作に関する各種試験を満足することが確認されている。 |
| 平成24年10月2日 | A201200483 | 平成24年9月14日 | 平成24年9月28日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 当該製品に乗車していた使用者（90歳代）が、当該製品とともに堤防下の海で発見され、死亡が確認された。 | 長崎県 | ○当該製品には、事故時転落後の海水浸漬による故障や腐食が認められたが、走行に支障があるような破損等は認められなかった。○停車時やアクセルを戻した際に制動する電磁ブレーキに異常は認められず、手動ブレーキの制動力にも異常は認められなかった。○制御装置に故障が生じた場合の故障履歴は、転落後海水に浸漬したことによるとみられる「アクセル電圧異常」の1件のみであり、他に故障履歴はなかった。●当該製品に異常が認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成26年3月7日 | A201201023 | 平成25年3月5日 | 平成25年3月15日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 重傷1名 | 使用者（70歳代）が当該製品で下り坂を走行中、ブレーキが効かず歩道に乗り上げ転倒し、負傷した。 | 宮崎県 | ○当該製品を確認したところ、左後輪の車輪と車軸をはめ合わせる箇所の車輪側の部品が摩耗しており、ブレーキがきかない状態であった。○販売業者は、事故発生の約10日前にブレーキがきかなくなった電動車いすから車輪を付け替えた際、部品が摩耗していることに気づかないまま、中古品であった当該製品に組み付けていた。●販売業者が当該製品を販売した際、部品が摩耗していることに気づかずに左後輪を取り付けたため、ブレーキが効かなくなって事故に至ったものと推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成26年3月7日 | A201300063 | 平成25年4月15日 | 平成25年4月24日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 死亡1名 | 使用者（70歳代）が当該製品に乗車中、踏切内で列車にはねられ死亡した。 | 大阪府 | ○当該製品に乗車した使用者が踏切に進入し、立ち往生していたところ、遮断機が下りて電車にはねられた。○当該製品は、事故の衝突により前方が破損し通信配線の断線が認められたが、コントローラー、バッテリー、モーター等に異常は認められなかった。<br>○コントローラーの履歴のうち、当該事故の発生に影響すると見られる異常は認められなかった。<br>○バッテリーには残量があり、同等品に積載して事故現場における実走行を行ったが特に問題はなく走破できた。●当該製品の使用状況が不明なことから、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品の通信配線に断線があったものの各部に異常はなく、走行履歴についても当該事故に影響する異常がなかったことから、製品には起因しない事故と推定される。なお、同型品に関してノイズ誤動作に関する各種試験を満足している。 |
| 平成26年6月9日 | A201200913 | 平成25年2月5日 | 平成25年2月15日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 火災 | 軒下に保管していた<br>当該製品及び周辺を焼損する火災が発生した。 | 高知県 | ○当該製品は後面より前面の焼損が著しかった。<br>○バッテリーの配線及び基板からの配線に断線や溶融痕は認められなかった。<br>○メイン基板はほとんど焼損していなかった。<br>○ハンドル部にある電源スイッチや操作部、液晶表示部分は焼損が著しく確認できなかったが、外部からの延焼により焼損したものと確認できた。<br>●当該製品は焼損が著しいが、残存部品に出火の痕跡が認められないことから、外部からの延焼により焼損したものと推定される。 |
| 平成26年6月9日 | A201300263 | 平成25年7月7日 | 平成25年7月17日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 重傷1名 | 当該製品に乗車したまま、リフト付車両から降りる際、当該製品が動き、転落、負傷した。 | 大阪府 | ○使用者（80才、女性）が、当該製品とともにリフト付きバスで旅行の際、リフトでの下車中当該製品とともにリフトから転落、首の骨を折るなどの怪我を負った。<br>○リフト付きバスからの転落による前方破損が見られたが、モーター、トランスミッション、操作入力系は正常であった。<br>○事故発生時の直近に事故につながるような警報履歴は記録されていなかった。<br>○坂道で実走行試験を実施した結果、登坂・降坂時ともスロットルレバーから手を放すことで確実に停止することを確認した。<br>●当該製品の使用状況が不明なことから、事故原因の特定には至らなかったが、各部に異常はなく、当該事故に影響する異常履歴もなかったことから、製品には起因しない事故と推定される。なお、同型品に関してノイズ誤動作に関する各種試験を満足している。 |
| 平成26年7月4日 | A201400189 | 平成26年6月20日 | 平成26年7月1日 | 電動車いす（ハンドル形） | | | 重傷1名 | 使用者が当該製品に乗車中、踏切内に入り、列車と接触し負傷した。 | 福岡県 | ○当該製品は、アクセルレバー操作による前進、停止等の作動状況に異常はなく、コントローラーの使用履歴に異常や誤作動を示す記録は認められなかった。○使用者は事故前後の記憶がない状態であり、血液からアルコールが検出された。<br>○使用者は日頃から、停止中もアクセルレバーに手を掛けた状態にしていた。●当該製品に異常は認められず、使用者の血液からアルコールが検出されたことから、酒気帯び運転による運転操作の誤りによる事故と考えられ、製品に起因しない事故と推定される。<br>なお、取扱説明書には、「気分のすぐれないときや飲酒したときは運転しない。注意力が散漫になり、事故を引き起こす恐れがある。」旨、記載され |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成24年11月9日 | A201200580 | 平成24年9月27日 | 平成24年11月5日 | 電動車いす（ｼﾞｮｲｽﾃｨｯｸ型） | | | 重傷1名 | 当該製品に乗ってスロープを登坂中、後方に転倒し、負傷した。 | 和歌山県 | ○事故現場のスロープの傾斜角度は、約15度であった。<br>○当該製品を用いて補助輪を出した状態で使用者とほぼ同じ体重の被験者<br>が、当該スロープを走行したところ転倒は発生しなかったが、各設定速度にお<br>いて補助輪を格納した状態で走行したところ、いずれも後方に転倒した。<br>○当該製品は、グリップエンドの傷以外に外観に損傷痕は確認されなかった。<br>○補助輪の長さの調節及びロック機構に異常は認められなかった。<br>○走行性に異常は認められず、また、車軸の変形や構造上の不具合も認められなかった。●当該製品の走行性や構造に異常が認められず、当該製品の補助輪を格納した状態で走行すると、速度の影響なく後方へ転倒することが確認されたことから、使用者が補助輪を格納したままスロープを走行したことにより転倒事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成20年12月26日 | A200800250 | 平成20年5月31日 | 平成20年6月10日 | 電動車いす（ジョイスティック型） | | | 死亡1名 | 当該製品で段差解消機に乗り込み、上昇させ、家の中に入ろうとしたところ、電動車いすごと落下し、コンクリート上に頭部を打ちつけ、後日、脳挫傷により死亡した。 | 静岡県 | 調査の結果、当該段差解消機は、昇降能力及びテーブル寸法が小さいために、電動車いすの使用が禁止されているにもかかわらずレンタル事業者が段差解消機をレンタルしていたことによるもので、製品に起因する事故ではないと判断した。 |
| 平成22年1月26日 | A200801226 | 平成21年1月27日 | 平成21年2月6日 | 電動車いす（ジョイスティック型） | | | 死亡1名 | 当該製品で病院内を走行中、後方に転倒し、死亡した。 | 沖縄県 | 調査の結果、当該製品に異常は認められなかった。走行中には下げておく必要のある転倒防止装置の片側をあげた状態で走行していた際に、閉じていたドアに衝突し、転倒したものであった。 |
| 平成22年5月21日 | A200900162 | 平成21年5月11日 | 平成21年5月29日 | 電動車いす（ジョイスティック型） | | | 死亡1名 | 当該製品が農道と水田の間の土手に横転しており、使用者は水田にうつぶせに倒れているのが発見された。使用者は病院に搬送されたが死亡が確認された。 | 福井県 | 調査の結果、当該製品は正常に作動し、走行性能を含め、異常は認められなかった。使用者が水田脇の農道で、運転操作を誤ったものと判断した。なお、本体及び取扱説明書に、転倒等の恐れがあるので、悪路での運転や傾斜面の横断を避けるよう注意記載されていた。 |
| 平成22年5月21日 | A200900443 | 平成21年8月10日 | 平成21年8月31日 | 電動車いす（ジョイスティック型） | | | 重傷1名 | 道路わきの水路に当該製品ごと転落して、重傷を負った。 | 愛媛県 | 調査の結果、当該製品は、転落時に生じた変形・損傷以外に異常は認められず、走行性能に問題は認められなかった。暗渠の路肩を走行中、誤って暗渠の終わりから用水路へ転落したものと判断した。 |
| 平成22年10月1日 | A200900550 | 平成21年8月28日 | 平成21年10月9日 | 電動車いす（ジョイスティック型） | | | 重傷1名 | 当該製品に移乗した直後に当該製品が後方に転倒し、負傷した。 | 東京都 | 調査の結果、○使用者が、当該製品の転倒を防止するバーを格納した状態で使用していた。○転倒防止バーは適正な長さであり、固定にも問題は認められなかった。●上記のことから当該製品に起因しない事故と判断される。原因は、使用者が当該製品の転倒防止バーを格納したまま移乗しようとした際に、バランスを崩して後方に転倒し、事故に至ったものと推測される。なお、取扱説明書には転倒防止バーを使用する旨記載されており、当該製品の後方への傾きに対する安定性 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成24年6月18日 | A201000335 | 平成22年7月11日 | 平成22年7月22日 | 電動車いす（ｼﾞｮｲｽﾃｨｯｸ型） | | | 重傷1名 | 当該製品で走行中、後方に転倒し、負傷した。 | 京都府 | ○使用者は、当該製品で車道を横断後、車道と歩道との段差（約40㎜）か歩道の上り坂途中で後方に転倒し、頭を打った。<br>○事故時は、転倒防止用バーを収納して走行していた。<br>○再現試験として、転倒防止用バーを収納し、最高速度6km/hで助走を付けて40㎜の段差を乗り越えようとすると当該製品は後方に転倒した。<br>○転倒防止用バーを使用した場合には、当該製品には後方転倒に至る異常は認められなかった。<br>○当該製品には、外観上、破損や変形などの異常は認められなかった。<br>●当該製品は、転倒防止用バーを使用していれば、段差等で転倒する問題は認められないことから、使用者が、転倒防止用バーを収納したまま、勢いよく段差を乗り越えようとして当該製品が後方に傾き、転倒して事故に至ったものと推定される。なお、取扱説明書には「介助者が居ない時に |
| 平成25年3月12日 | A201200177 | 平成24年5月16日 | 平成24年6月1日 | 電動車いす（ｼﾞｮｲｽﾃｨｯｸ型） | | | 死亡1名 | 当該製品が水田の未舗装路に停車していたため確認すると、使用者（70歳代）が水田に転落しており、病院に搬送後、死亡が確認された。 | 静岡県 | ○当該製品は、あぜ道から傾斜面を下り、1ｍ下の水田に左右前輪が入った状態で停止しており、使用者は前方の水田に投げ出されていた。○当該製品のメインスイッチは入っており、速度スイッチは高速側になっていた。○当該製品は、左右前輪周辺に泥が付着していたが正常に走行し、事故につながるような異常は認められなかった。<br>●当該製品の詳細な使用状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常が認められないことから、製品に起因しない事故と推定<br>される。 |
| 平成25年3月12日 | A201200190 | 平成24年3月27日 | 平成24年6月7日 | 電動車いす（ｼﾞｮｲｽﾃｨｯｸ型） | | | 重傷1名 | 当該製品に乗車しようとしたところ、転倒し、負傷した。 | 長野県 | ○使用者は、事故直前に当該製品で約30m走行した後、一度降車し、再度乗車しようとした際に事故にあった。○当該製品の右肘掛けには、操作パネルと操作レバーが取付けられており、使用者が、当該製品に乗車するために製品右側面から製品前方に回り込もうとした際に、よろめいて、操作レバーに左手が触れて製品が動き出した。○使用者が事故直前に立っていた当該製品右側の地面には、高さ約3cmの段差があった。○使用者が降車時に当該製品の電源スイッチを切っていたかは不明であった。○当該製品の動作及び操作性に異常は認められなかった。<br>●当該製品の詳細な使用状況が不明のため、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品の動作や操作性に異常が認められないことから、使用者がバランスを崩した際に当該製品の操作レバーに触れて車両が動き出したために事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成25年5月2日 | A201101049 | 平成23年11月2日 | 平成24年2月27日 | 電動車いす（ｼﾞｮｲｽﾃｨｯｸ型） | | | 重傷1名 | 当該製品に乗って電動リフト（室内用）を使って移動しようとした際、転倒し、負傷した。 | 兵庫県 | ○使用者が、当該製品に乗って電動リフトで下降し、スロープを通過時に当該製品を止めて勾配を確認中、前方に転倒した。○リフト付属のスロープの最大傾斜角度は約7度で、電動車いすの傾斜性能試験時の角度を下回っていた。○当該製品の座面にはクッションが2枚重ねて使用されていた。また、フットプレートが取り付けられていなかった。○スロープを通過時、当該製品は転倒していなかった。●詳細な使用状況が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に構造上の異常は認められないことから、使用者が電動車いすの座面にクッションを2枚重ねて使用していたことにより重心が高くなり、また、フットプレートも取り外されていたことから着座安定性が悪い乗車状態であったため、電動車いすがスロープを通過する際に事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成20年7月4日 | A200700550 | 平成19年10月13日 | 平成19年10月25日 | ACアダプター（電動車いす用） | | | 重傷1名 | 通電状態の当該製品の充電コネクター端子部が、長時間、肌に接触していたことにより、右腕肘部を火傷した。 | 大阪府 | 転倒防止バー |
| 平成21年6月5日 | A200800531 | 平成20年8月12日 | 平成20年8月22日 | 車いす | | | 重傷1名 | 介護者が当該製品に要介護者を乗せて走行中、乗車していた要介護者が前のめりに当該製品から転落し、重傷を負った。 | 神奈川県 | 調査の結果、当該製品には異常が見られず、使用者が段差に対し浅い角度で進入させた際に、前輪キャスタが横向きになって段差を乗り越えられず、急停止したものと判断した。なお、取扱説明書には、段差を乗り越える際の注意事項が記載されていた。（当該案件についてはレンタル事業者がレンタル時に添付する取扱説明書に、当該注意事項についての記載がなかったことから、レンタル事業者に対して注意を行った。） |
| 平成22年7月26日 | A200801172 | 平成21年1月3日 | 平成21年1月29日 | 車いす | | | 重傷1名 | ベッドから立ち上がり、当該製品に移乗しようとした際、体勢が右側に崩れて車いすの座面部に倒れこみ、そのまま車いすとともに転倒して重傷を負った。 | 神奈川県 | 調査の結果●当該製品について、JIS（JIST9201手動車いす）で試験したところ問題はなかったこと、当該製品には、転倒時の損傷以外の損傷は認められなかったことから、使用者がベッドから当該製品に移乗する際に、バランスを崩して転倒したものと推定。 |
| 平成22年10月1日 | A200900296 | 平成21年6月19日 | 平成21年7月13日 | 車いす | | | 死亡1名 | 後方リフト式の福祉車両から当該製品に乗ったまま転落して、死亡した。 | 神奈川県 | 調査の結果、○当該製品の性能には異常が見られなかった。○事故当時、介護職員は福祉車両に備え付けてあるワイヤーで当該製品を固定していなかった。○事故当時、当該製品の車輪の空気圧が不足しており、駐車用ブレーキが車輪に押しあたる力が弱くなっていた。●上記の状況から当該製品に起因しない事故とされる。原因は、介護職員が被介護者を乗せた当該製品を福祉車両に乗せた際、当該製品の駐車ブレーキはかけたが、車輪の空気圧が不足していたためブレーキがかからず、さらに福祉車両に備えてあるワイヤーで固定せずに当該福祉車両のドアを開 |
| 平成22年10月1日 | A200900513 | 平成21年8月17日 | 平成21年9月25日 | 車いす | | | 重傷1名 | 当該製品からストレッチャー（車輪付き冠位ベッド）に移乗する際に、当該製品のフットサポート（足載せ）に左足がぶつかり挫創を負った。 | 広島県 | 調査の結果、○当該製品の樹脂製フットサポートに損傷やぐらつきはなく、取付ねじ等の金属部品にもばりや鋭い突起は見られなかった。○フットサポートには、自家製カバーが取り付けられていた。●上記の状況から当該製品に起因しない事故と判断される。原因は、事故当時の状況が不明で、当該製品で怪我を負ったかどうかを特定することはできなかった。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種･型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成23年10月14日 | A200900879 | 平成21年11月27日 | 平成22年1月15日 | 車いす | | | 重傷1名 | ベッドから当該製品に移乗する際に、転倒し、重傷を負った。 | 埼玉県 | ○使用者が、自宅でベッドから当該製品への移乗していた際、当該製品のブレーキの効きが甘かったため、当該製品が動き使用者が転倒した。なお、使用者は事故の3日程前からブレーキが掛からないことに気づいており、事故当日にレンタル事業者に対し修理を求めていた。<br>○当該製品を約15度の傾斜地に設置し、簡易的にブレーキの効き具合を確認したところ、右ブレーキは十分効いていたが、左ブレーキは効きが甘いため、右<br>側のタイヤを軸として左側のタイヤが回転することが確認された。<br>○当該製品は、タイヤに十分なトレッドパターンが認められ、他の箇所に変形や破損などの異常が認められなかった。<br>●使用者が当該製品のブレーキの効きが弱い状態で当該製品に移乗しようとしたため、当該製品が押されて回転し、バランスを崩して転倒し、事故に至ったものと推定される。なお、使用者は、レンタル事業者に修理などを依頼していたが、レンタル事業者は介助の必要な使用者に対して、直ぐに修理に応じるなどの対応がなかった。 |
| 平成24年6月18日 | A201100194 | 平成23年5月14日 | 平成23年6月20日 | 車いす | | | 重傷1名 | ベッドから当該製品に移乗する際、当該製品が回転し、転落して負傷した。 | 静岡県 | ○当該製品は、右側駐車ブレーキのレバーの動きが固く、ブレーキが掛からなかった。<br>○右側駐車ブレーキは、取付位置が変更され、正しく取り付けられていなかった。<br>○右側駐車ブレーキを正しく付け直したが、ブレーキシューが摩耗しているため、ブレーキの利きは悪かった。<br>●当該製品は、右側駐車ブレーキが調整され、右側駐車ブレーキが掛からなかったため、移乗時に当該製品が回転し、事故に至ったものと推定される。なお、取扱説明書には、「ブレーキの利きが悪い場合は、すぐに購入販売店もしくは当社カスタマーサポート室にご連絡ください。」旨、記載されている。 |
| 平成25年3月8日 | A201200985 | 平成25年2月13日 | 平成25年3月5日 | 車いす | | | 重傷1名 | 当該製品に使用者(80歳代)を乗せて押していたところ、使用者が転倒し、負傷した。当該製品のフットサポートの設置状況及び使用状況も含め、現在、原因を調査中。 | 東京都 | ○当該製品の足台高さは、取扱説明書では5cm以上にセットする旨、記載されていたが、レンタル事業者は、屋内専用で使用されることから、1cmの高さ<br>にセットしていた。○当該製品は屋外で使用され、足台が地面に引っ掛かり、前方に転倒していた。○レンタル事業者は、足台の高さをそのままにして屋外使用すると、足台が地面に引っ掛かる危険があることから、屋外で使用する際は、足台を高くする必要があることを関係者に伝えていなかった。●当該製品は屋内専用として足台の高さが低くセットされていたが、屋外使用の際の注意が伝えられていなかったたことから、足台の高さが低いまま屋外で使用され、足台が地面に引っかかり転倒事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成26年4月30日 | A201400050 | 平成26年4月8日 | 平成26年4月24日 | 車椅子（入浴用） | | | 重傷1名 | 当該製品を踏み台として使用したところ、当該製品の脚部が破断し、転倒、負傷した。 | 神奈川県 | ○同等品を用いて強度試験及び耐久性試験を実施したところ、製品安全協会のSG基準に適合していた。○当該製品の破断した右側後脚のパイプには、右側後脚のパイプが左側前脚の方向に内側に折れ曲がった痕跡が認められた。○当該製品の破断した脚は、脚の取り付け穴を起点に破断していたほか、破面の形態は延性破面で、破断の前に亀裂が生じていた痕跡や、疲労破面の痕跡は認められなかった。○当該製品の脚パイプに使用されているアルミ合金の強度は、JISで定める強度の基準値を満たしていた。●当該製品の脚パイプの強度に異常が認められず、脚パイプが製品座面の内側方向に曲がっていることから、使用者が当該製品を踏み台として使用しているときにバランスを崩して当該製品が倒れ、当該製品の右側後脚部分に異常な荷重がかかるなどして、後脚のパイプが折れ曲がり破断したものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。なお、取扱説明書には、「当該製品を踏み台代わりにして、座面の上に立ったりしない。転倒し、ケガの原因になる。」旨、記載されている。 |
| 平成20年12月26日 | A200800262 | 平成20年5月31日 | 平成20年6月11日 | 段差解消機 | | | 死亡1名 | 当該製品で段差解消機に乗り込み、上昇させ、家の中に入ろうとしたところ、電動車いすごと落下し、コンクリート上に頭部を打ちつけ、重傷を負った。 | 静岡県 | 調査の結果、当該段差解消機は、昇降能力及びテーブル寸法が小さいために、電動車いすの使用が禁止されているにもかかわらずレンタル事業者が段差解消機をレンタルしていたことによるもので、製品に起因する事故ではないと判断した。 |
| 平成23年7月29日 | A200900967 | 平成22年1月8日 | 平成22年2月3日 | 歩行車 | | | 重傷1名 | 当該製品を持ち上げながら階段を上がる際に転倒し、負傷した。 | 熊本県 | ○使用者は一人で当該製品の前輪を浮かせながら玄関先の階段（全3段）を上がっている際、階段の蹴上がりに前輪が接触し、当該製品が前方に倒れて、使用者が折りたたまれた当該製品とともに前方に転倒した。○事故発見時には、当該製品の左パイプ支点部に使用者の左手の指が入り込んでいた。○左パイプ支点部は、使用時にはすき間がなく、折りたたまれる際にはすき間が広がる構造であった。○当該製品には、バリ、鋭利な角及び突起は認められなかった。●当該製品を階段で使用中に、前輪が階段の蹴上がりに接触したため、バランスを崩して当該製品とともに前方に転倒し、折りたたまれた当該製品の左パイプ支点部に指が入り込み、何らかの原因で負傷したものと推定される。なお、取扱説明書には、「階段やエスカレーターでは使用しない」、「溝や段差に注意、段差に前輪キャスターをぶつけるなどして無理に段差を乗り越えない」、さらに「指 |
| 平成20年3月27日 | A200800360 | 平成20年6月28日 | 平成20年7月8日 | 歩行補助車 | | | 重傷1名 | 当該製品を使用中に当該製品が折りたたまれて転倒し、重傷を負った。 | 東京都 | 調査の結果、事故品の折りたたみ機能及びロックレバーに異常はなく、正しく組み立てて、ロックレバーをかければ、折りたたまれることはなかった。正しく組み立てられていない状態で使用したため、折りたたまれて転倒したものと判断した。 |
| 平成21年11月25日 | A200800063 | 平成20年4月 | 平成20年4月16日 | 歩行補助車 | | | 重傷1名 | 当該製品を使用中に転倒し、重傷を負った。 | 大阪府 | 調査の結果、当該製品に破損や不具合はみられなかった。自立歩行に支障がある使用者が、当該製品を使用中、バランスを崩したものと判断した。なお、本体及び取扱説明書に、自立歩行が出来ない方の使用に適さない旨記載されている。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成21年11月25日 | A200800065 | 平成19年10月21日 | 平成20年4月16日 | 歩行補助車 | | | 重傷1名 | 当該製品を使用中に、前輪が持ち上がり、腰からしりもちをつくように転倒し、重傷を負った。 | 静岡県 | 調査の結果、ブレーキ性能、ハンドル安定性等当該製品に不具合は認められなかった。凹凸のある路面で使用中に使用者がバランスを崩し、ハンドルを下に押さえすぎたため、前輪が浮き上がって、転倒したものと判断した。 |
| 平成23年7月29日 | A200900782 | 平成21年11月17日 | 平成21年12月21日 | 歩行補助車 | | | 重傷1名 | 階段を上がる際に転倒し、重傷を負った。現場に当該製品があった。 | 北海道 | ○当該製品に変形はなく、走行上の不具合は認められなかった。○当該製品は、外観、構造、寸法及び安定性に関して問題は認められなかった。○使用者が一人で階段を上がろうとした際に転倒したが、事故当時の詳細な状況は不明である。●当該製品につながる異常は認められず、事故原因の特定に至らなかった。なお、当該製品はSGを取得していない製品であったが、SG基準を満たしており、また、取扱説明書には、「階段、エスカレーターでは使用しないでください。転倒する恐れがあり危険です。」旨、記載されている。 |
| 平成24年9月6日 | A201100539 | 平成23年10月1日 | 平成23年11月2日 | 歩行補助車 | | | 重傷1名 | 使用者に渡すためにゆるやかな傾斜面で当該製品を押していた人（50歳代）が、転倒し、負傷した。 | 神奈川県 | ○健常者が当該製品を押しながら、屋外の緩やかなコンクリート製傾斜面で障害物を除けながら横切っていたところ、道路との境目にある数cmの段差付近で突然道路側へ転倒した。<br>○左前輪内側には、接地面から車軸方向に向かう擦り傷が一部のみに認められた。<br>○同等品で走行中に段差から落輪させると同様の傷が生じた。<br>○左後輪は内側に変形していたが、右後輪には変形が認められなかった。<br>○他には、変形などの異常が認められなかった。<br>●当該製品の左前輪内側に擦り傷があり、左後輪が内側に変形していたことから、当該製品使用時に段差などで左前輪がずり落ちてバランスを崩し、左側へ転倒して事故に至ったものと推定される。 |
| 平成24年12月13日 | A201100542 | 平成23年10月17日 | 平成23年11月4日 | 歩行補助車 | | | 重傷1名 | 使用者（80歳代）が当該製品を押し、左に曲がろうとしたところ、転倒し、負傷した。 | 京都府 | ○使用者が、家人に腰を支えられながら当該製品を使用して歩き、マットを敷いていた施設入口を曲がろうとした際に、バランスを崩して転倒した。○当該製品は、樹脂製ロックレバーを回転させて固定用ロッドを動かして折り畳み機構を開閉できるが、事故前後は折り畳まれていなかった。○ロックレバーが固定用ロッドから外れており、固定用ロッドが逆向きになっていたが、その状態でも走行性や安定性に問題は認められなかった。○ロック機構以外の部品には、変形や破損などの異常が無く、走行性に振れなどの異常は認められなかった。●当該製品のロック機構が正常な状態ではなかったが、走行性や安定性に異常が認めれないことから、詳細な使用状況が不明のため、事故原因の特定に至らないものの、製品に起因しない事故と推定される。なお、本体表示などには、「歩行時に介助者（介護者）が必要な使用者や手すりなどに掴まり歩きする使用者には適していない」旨、記載されている。 |
| 平成24年8月28日 | A201200379 | 平成24年7月27日 | 平成24年8月24日 | 歩行補助車 | | | 重傷1名 | 使用者が当該製品の上に置いていた荷物を降ろそうとした際、当該製品が動き、転倒、負傷した。 | 福岡県 | ○使用者が当該製品のバッグの上に置いたリュックを降ろそうとしたとき、バランスを崩し転倒した。○当該製品の本体フレームやハンドル等に変形等の異常は認められず、バッグも外れやすい状態ではなかった。○当該製品の安定性や走行耐久性に異常は認められず、ブレーキも正常に作動した。●使用者が当該製品のバックの上に置いていたリュックを降ろす際にバランスを崩し転倒したものと考えられ、製品に起因しない事故と推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成24年10月30日 | A201200551 | 平成24年5月27日 | 平成24年10月26日 | 歩行補助車 | | | 重傷1名 | 使用者（80歳代）が当該製品を使用中、自動車に乗ろうとしたところ、当該製品とともに転倒し、負傷した。 | 神奈川県 | ○使用者は、当該製品で約100m移動したあと、立ち止まり、移動を再開しようとしたところ転倒した。○転倒場所は、屋内のコンクリート地に塗装を施した床面で、凹凸などはなく、濡れた箇所などはなかった。○転倒時の詳細な状況は確認出来なかった。○事故後、当該製品は使用されていなかったが、約4か月が経過した時点で、使用者の家族が確認したところ、車輪の回転をロックするためのアームの先端が、車輪側の受け部に接触する状態になっていた。○アームの先端と受け部がいつから接触するようになっていたかは不明であり、詳細な接触状況は、販売店でアームが調整されたため、確認できなかった。○当該製品の外観に変形等の異常は認められなかった。○アームを動かしているワイヤーに緩みが生じて先端が受け部に接触した可能性を検証するために、アームを連続10,950回繰り返し動作させたところ、ワイヤーに緩みが生じることはなく、アームの先端が車輪受け部に接触することもなかった。○SG基準に準拠した方法で、安定性試験を実施した結果、当該製品が転倒することはなく、安定性に異常は認められなかった。●当該製品の使用状況が不明なことから、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品の車輪のロック機構や車体の安定性に異常が認められないことから |
| 平成26年6月9日 | A201200922 | 平成25年2月5日 | 平成25年2月18日 | 歩行器 | HK02-SD | 株式会社幸和製作所 | 重傷1名 | 当該製品を使用中、当該製品のキャスター部が破損し、転倒、負傷した。 | 愛媛県 | ○4個のキャスターの内、前輪キャスター1個の連結部品だけが使用中に破損した。<br>○当該製品は破損箇所以外に異常は認められず、破損箇所からも破損に至る異常は認められなかった。<br>○同等品の鉛直方向静的強度は2900N以上でJIS9264:2012による鉛直方向静荷重の試験を満足していた。<br>●当該製品の詳細な使用状況が不明なことから、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品のキャスターに破損に至る異常が認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成26年6月9日 | A201200922 | 平成25年2月5日 | 平成25年2月18日 | 歩行器 | HK02-SD | 株式会社幸和製作所（輸入事業者） | 重傷1名 | 当該製品を使用中、当該製品のキャスター部が破損し、転倒、負傷した。 | 愛媛県 | ○4個のキャスターの内、前輪キャスター1個の連結部品だけが使用中に破損した。<br>○当該製品は破損箇所以外に異常は認められず、破損箇所からも破損に至る異常は認められなかった。<br>○同等品の鉛直方向静的強度は2900N以上でJIS9264:2012による鉛直方向静荷重の試験を満足していた。<br>●当該製品の詳細な使用状況が不明なことから、事故原因の特定には至らなかったが、当該製品のキャスターに破損に至る異常が認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成22年10月1日 | A200900455 | 平成21年8月28日 | 平成21年9月3日 | 介護リフト | | | 死亡1名 | 当該製品を使用し、要介護者をベッドから車いすに移乗していたところ、製品のアームが外れ、要介護者が床に転落して負傷し、その後死亡した。 | 大阪府 | 調査の結果、〇当該製品は、上部にあるアームと下部にある昇降機構部をアーム側の金属製カップに昇降機構部側のゴム製キャップを差し込み、使用するものである。〇カップの縁の一部が外側に変形し、キャップに凹み痕が認められた。〇差し込みを正常に行えば、異常なく使用できた。●上記の状況から、当該製品に起因しない事故と判断される。原因は、使用者が、当該製品で要介護者を吊り上げた際に、アームと昇降機構部が、不完全な接合状態になっていたにもかかわらず、当該製品を水平移動した際に接合が外れ、要介護者が落下したものと推定される。なお、カップ側面には「カップは奥までセットし、はず |
| 平成27年9月24日 | A201400360 | 平成26年8月26日 | 平成26年9月17日 | 介護用リフト | 死亡1名 | | 死亡1名 | 施設で当該製品を使用して搭乗者（70歳代）がベッドから車いすに移動中、ストラップが外れて床に落下し、病院に搬送後、死亡した。 | 東京都 | 〇介助者は、搭乗者を包んでいるポリエステル製のかご（スリング）が搭乗者の<br>体に正しく取り付けられていなかったため、搭乗者を吊り下げたままスリングを<br>直していたところ、スリングが当該製品のハンガーから外れて、搭乗者が床に落<br>下した。<br>〇スリングに取り付けられている紐（ストラップ）の先端はループ状になっており、当該ループをハンガー両端にある2つのフックに掛ける構造となっていた。また、フックにはセルフロック機構がついており、移動中にハンガーが傾いてもストラップが抜けにくい構造となっていた。〇事故発生時のスリングのループがハンガーのフックにどのように掛かっていたかや、介助者がスリングをどのように扱っていたかは、特定できなかった。〇当該製品のフックとスリングのループに破損や変形は認められず、動作にも異常は認められなかった。〇同等品を用いて事故状況の再現を試みたが、スリングがフックに適切に掛かっている状態では、スリングがハンガーから外れることはなかった。●事故状況の詳細が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に異常が認められないことから、製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成25年5月2日 | A201100907 | 平成23年11月2日 | 平成24年1月30日 | 電動リフト（室内用） | | | 重傷1名 | 当該製品を使用後、当該製品付属のスロープに電動車椅子で乗ったところ、車椅子が前方に傾斜し、壁に頭をぶつけ負傷した。 | 兵庫県 | 〇使用者が、当該製品付属のスロープを通過時に電動車いすを止めて勾配を確認中、前方に転倒した。〇当該製品付属のスロープの最大傾斜角度は約7度で、電動車いすの傾斜性能試験の角度を下回っていた。〇電動車いす自体は転倒していなかった。〇電動車いすの座面にはクッションが2枚重ねて使用されていた。また、フットプレートが取り付けられていなかった。●詳細な使用状況が不明のため事故原因の特定には至らなかったが、当該製品に構造上の異常は認められないことから、使用者が電動車いすの座面にクッションを2枚重ねて使用していたことにより、重心が高くなり、着座安定性が悪い状態であったために、電動車いすがスロープを通過する際に事故に至ったものと考えられ、製品に起因しない事 |

| 公表日 | 管理番号 | 事故発生日 | 報告受理日 | 製品名 | 機種・型式 | 事業者名 | 被害状況 | 事故内容 | 事故発生都道府県 | 製品起因による事故ではないと判断した理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成27年9月24日 | A201400118 | 平成26年5月4日 | 平成26年5月26日 | 階段移動用リフト | 重傷1名 | | 重傷1名 | 介助者が当該製品に搭乗者を乗せたまま、待機させていたところ、当該製品が移動して転落し、搭乗者が負傷した。 | 神奈川県 | ○介助者は、搭乗者をのせた当該製品を自宅の玄関前に停めた。○自宅の玄関前には、階段方向に1～2．5度の下り傾斜があり、当該製品は階段の方向を向いていた。○介助者は、当該製品の駐車ブレーキを掛けずにその場を離れた。○事故後、当該製品の一部に変形が認められたものの、部品の欠損等もなく、駐車ブレーキは正常に作動した。○搭乗者のいる同等品を2．7°の下り傾斜に停めたところ、駐車ブレーキがかかっていれば動き出すことはなかった。○事故以前に、介助者は、当該製品の操作講習において駐車ブレーキの操作を教わっていた。●当該製品のブレーキに異常が認められないことから、介助者が当該製品を駐車ブレーキをかけず当該製品から離れたために、当該製品が傾斜を下って階段下に転落し、事故に至ったものと推定される。 なお、取扱説明書には、「駐車するときは必ず平地で行う。」「人の乗り移り時や駐車時は駐車ブレーキを使用する。」旨、記載されている。 |
| 平成26年3月7日 | A201300065 | 平成25年4月25日 | 平成25年1月29日 | 椅子（浴槽内用） | | | 重傷1名 | 手すりを持ちながら浴槽内で当該製品に足をのせ、浴槽から出ようとしたところ、転倒し、負傷した。 | 和歌山県 | ○使用者が浴槽から出るために、左手で手すりを持ち、右手で浴槽の縁に手を掛けて浴槽内に置かれた当該製品に足を乗せ、体重移動する時に転倒し肋骨を骨折した。○外観観察において、座面クッションの外れ等の異常は認められなかった。○脚高さ調整具に緩みや割れは認められなかった。●当該製品の使用状況が不明なことから事故原因特定には至らなかったが、当該製品に異常が認められないことから製品に起因しない事故と推定される。 |
| 平成24年12月13日 | A201101130 | 平成23年11月17日 | 平成24年3月19日 | 折り畳みテーブル（介護用） | | | 重傷1名 | 当該製品を使用中、転倒し、負傷した。 | 愛知県 | ○病院関係者が、食事の準備のため、使用者が座っていた車いすの車輪をロックし、当該製品を使用者の前に置いて、キャスターを全てロックしたが、目を離していたときに、使用者が当該製品とともに前に倒れ、使用者の右手が床と当該製品の天板に挟まり、中指と薬指を骨折し、顔面に打撲を負っていた。○当該製品に組付不良はなく、各部の固定は確実であり、キャスターのロック機構にも異常は認められなかった。○当該製品の安定性には、問題は認められなかった。●当該製品に異常が認められないことから、使用者が車いすから立ち上がり、天板奥に手を掛けたことにより、何らかの要因で転倒に至ったものと考 |